

**LOS DERECHOS DE AUTONOMÍA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN EL EMBARAZO Y EL PARTO**

TRABAJO FINAL DE MÁSTER

Autora: Marta Busquets Gallego

Máster en Mujeres, Género y Ciudadanía

Directora: Dra. Noelia Igareda

Barcelona, junio de 2017

*“Las mujeres tienen órganos que no sienten
como suyos y de los que disponen los expertos
en el terreno que sea.” Victoria Sau*

Índice

Introducción, p. 5

Capítulo 1. De teoría y método, p. 8

- 1.1. Sobre la metodología, p. 8
- 1.2. Casuística, p. 11
- 1.3. Sobre las encuestas, p. 12
 - 1.3.1. Encuestas a mujeres, p. 13
 - 1.3.2. Encuestas a profesionales sanitaria/os, p. 14
- 1.4. Sobre el análisis feminista del Derecho, p. 15
 - 1.4.1. Historia y evolución de las teorías jurídicas feministas, p. 15
 - 1.4.2. Análisis feminista del Derecho, p. 17

1.5. Reflexión sobre teorías de la dominación, p. 19

Capítulo 2. La medicina y las mujeres, p. 22

- 2.1. Una relación difícil, p. 22
- 2.2. El advenimiento de la medicina occidental, p. 24
- 2.3. Especial mención a la ginecología y la obstetricia, p. 26
- 2.4. Capitalismo, reproducción y medicina, p. 28
- 2.5. Salud y ciudadanía, p. 29
- 2.6. Breve introducción a la violencia obstétrica, p. 30

Capítulo 3. Derechos de autonomía y consentimiento informado, p. 32

- 3.1. Antecedentes y reflexiones desde la bioética, p. 32
- 3.2. Configuración legal en abstracto de los derechos de autonomía y consentimiento informado y particularidades en relación con el embarazo y/o parto, p. 34
- 3.3. Derechos de autonomía y consentimiento informado androcéntricos, p. 37
- 3.4. Protocolos médicos en relación con los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y/o parto, p. 41
- 3.5. Posibilidad de intervenir a una mujer por el bien de su bebé habiendo ésta ejercido su derecho a rechazar la intervención propuesta, p. 42
 - 3.5.1. Legalidad y jurisprudencia, p. 43
 - 3.5.2. Discursos sanitarios desde la academia, p. 46
 - 3.5.3. Propuestas ante el conflicto, p. 49
- 3.6. Casos conocidos, p. 50
 - 3.6.1. Alessandra Pachieri (Reino Unido), p. 50
 - 3.6.2. Caso Rosa (Cataluña, España), p. 51

3.6.3. Health Service Executive vs. Ms. B and Baby B (Irlanda), p. 53

Capítulo 4. Encuestas, p. 55

4.1. Encuesta a mujeres, p. 55

4.2. Encuesta a profesionales, p. 65

4.3. Encuesta PLAENSA 2016, p. 71

4.4. Informe anual del Observatorio Violencia Obstétrica 2016, p. 72

Reflexiones y conclusiones finales, p. 72

Agradecimientos, p. 75

Bibliografía, p. 77

Normativa, p. 81

Jurisprudencia, p. 81

Anexos, p. 82

Encuesta mujeres, p. 82

Encuesta profesionales, p. 84

Introducción

“Mi primera hija nació hace cuatro años en un hospital público [...], en donde pisotearon mis derechos y los de mi hija. Esta experiencia me revolvió como mujer y me impulsó (me obligó) a lanzarme sobre mis viejos libros de Derecho para averiguar qué había pasado desde que acabé la carrera para que las españolas del siglo XXI fuésemos privadas durante el parto de derechos tan fundamentales como la libertad y la dignidad, reconocidos en la Constitución y en todas las leyes sanitarias. Resultó que no había pasado nada y que casi todo lo que se hace con nosotras en los hospitales españoles es ilegal.”

Francisca Fernández Guillén, 2006

Hace cuatro años me quedé embarazada y posteriormente dí a luz. Inicié este proceso desde concepciones inocentes de acuerdo con las cuales las personas profesionales médicas que iban a atenderme a lo largo del mismo iban a hacerlo no sólo desde la evidencia científica, también desde la empatía, la humanidad y el respeto. Lo que me encontré, muy en la línea de lo que describe la cita que inaugura este apartado, fueron prácticas obstétricas obsoletas y iatrogénicas¹, autoritarismo, paternalismo, machismo... y violencia.

Una vez superadas la sorpresa y la rabia iniciales empezó mi carrera a contrareloj para averiguar qué estaba pasando y recabar la información necesaria para poder tomar decisiones y responsabilizarme de mi propio embarazo y parto. No fue fácil: la ley estaba claramente de mi lado, pero el sistema médico y la sociedad no.

Así entré en contacto con las asociaciones Dona Llum y El Parto es Nuestro, quedándome finalmente en la primera de ellas (de ámbito catalán) desde donde hago activismo mayoritariamente a nivel de asesoramiento legal a otras mujeres. A lo largo de estos años he constatado día tras día cómo mi experiencia no era una excepción, sino más bien la norma.

Posteriormente inicié el presente Máster en Género con la intención de formarme en esta materia lo cual me permitió poner en relación mis experiencias (ya fueran personales, profesionales

¹ Iatrogénia : La Iatrogenia es aquel daño que el enfermo no tenía y que tiene por causa el propio médico, o en un sentido más amplio, el que se deriva de la atención médica. (Acosta Piedra y Piedra Herrera, 2011)

o activistas) con la perspectiva de género y descubrir las formas en las que operaban los patrones androcéntricos y machistas en todos los ámbitos, también en el de la salud y en el legal.

De este modo decidí que el Trabajo de Final de Máster era una oportunidad para explorar académicamente cómo se configuran los derechos de autonomía y consentimiento informado en el ámbito sanitario respecto de las mujeres en el embarazo y el parto.

Tradicionalmente el Derecho ha ocultado su perspectiva masculina bajo consignas de universalidad y neutralidad. El feminismo ha deconstruido y desmitificado lo anterior revelando cómo éste es un producto y/o instrumento más de la cultura patriarcal, no sólo en cuanto contenidos, también respecto de su propia naturaleza (Facchi, 2005).

De la misma forma los discursos académicos tradicionales se revisten de objetividad, pero tal y como han puesto de manifiesto múltiples investigadoras feministas la construcción del conocimiento, por lo menos tal y como se presenta desde esquemas androcéntricos, responde en realidad actitudes de poder y no de búsqueda de verdad. Una vez asumida la parcialidad de la ciencia, desde el feminismo se nos proponen epistemologías diversas desde las que conocer (Anderson, 2017).

El objetivo del presente trabajo pretendo es demostrar cómo existe una regulación en abstracto de los derechos de autonomía y consentimiento informado que en realidad responde a un patrón masculino inadecuado a la hora de gestionar las problemáticas a las que nos enfrentamos las mujeres en un momento muy concreto de nuestra salud sexual y reproductiva como son el embarazo y/o el parto.

Existe abundante bibliografía académica y jurídica sobre legislación sanitaria, también específica en lo referente a la autonomía y al consentimiento informado, pero una vez más ésta se produce desde una supuesta objetividad y neutralidad que no es tal, invisibilizando la situación de vulneración de derechos a la que me estoy refiriendo hasta el punto de no encontrar ni una sola referencia bibliográfica al respecto.

Es decir, existen trabajos jurídicos sobre los derechos de autonomía y consentimiento informado, tanto en general como desde supuestos específicos, pero nunca de género ni en relación con embarazo y parto. Del mismo modo, existen investigaciones académicas que versan sobre la

violencia obstétrica pero no desde el punto de vista jurídico. Existen algunos estudios que tratan de establecer qué lleva a una persona profesional sanitaria a actuar en contra de la voluntad de la mujer, pero de nuevo no desde la vertiente jurídica.

Me centraré en la dimensión legal de la atención obstétrica y en concreto preguntarme si respetan los y las proveedores de la salud la autonomía y el consentimiento de las mujeres en el embarazo y el parto. Esta es a mi parecer una pregunta de vital importancia pues constituye la diferencia entre ser objeto o sujeto en la atención sanitaria.

Mi hipótesis es que actualmente operan sesgos de género en la atención obstétrica a las mujeres embarazadas o de parto que provocan disfunciones en la aplicación de la configuración abstracta legal de los derechos de autonomía y consentimiento informado, lo cual tiene como resultado la vulneración de nuestros derechos más fundamentales y los de nuestras criaturas.

Capítulo 1. De teoría y metodología

1.1. Sobre la metodología

Tradicionalmente los feminismos han sido críticos con la ciencia y la epistemología tradicionales. Siguiendo a Anderson (2017) las epistemologías feministas estudian las formas en las que el género influencia o puede influenciar nuestras concepciones y conocimientos, al sujeto conocedor y a sus prácticas investigadoras así como justificaciones.

Al mismo tiempo, han tratado de identificar las formas en las que las concepciones y prácticas dominantes de atribución, adquisición y justificación del conocimiento sistemáticamente sitúan en posición de desventaja a las mujeres junto con otros colectivos subordinados, tratando de reformar las anteriores para que sirvan a los intereses de dichos colectivos.

En este sentido, son distintas las formas mediante las cuales las prácticas de conocimiento tradicionales discriminan a las mujeres. Por ejemplo, pueden denigrar los estilos cognitivos y modos de conocer “femeninos” o producir teorías que justifican la inferioridad de las mujeres.

En el caso particular que nos ocupa, considero que el conocimiento bioético y jurídico existente respecto del derecho de autonomía y el consentimiento informado discrimina a las mujeres del siguiente modo:

En primer lugar, excluyéndonos de los estudios y de la investigación. La mayoría de la bibliografía existente en torno a los derechos de autonomía y consentimiento informado incluye y desgrana diferentes supuestos “conflictivos”, pero en ningún caso se refiere al embarazo y al parto.

Esto nos lleva a la segunda forma de discriminación concreta: la producción de conocimiento sólo útil a hombres o grupos dominantes. La bibliografía existente no es útil ni explora ni ofrece respuestas que nos sirvan a las mujeres en un momento importante de nuestra vida sexual y reproductiva como es el embarazo y el parto.

La presente pretende ser una investigación feminista. De acuerdo con Eli Bartra (1998) esto significa asumir que en toda investigación existe algún interés político o ideológico, aún cuando

tradicionalmente la ciencia se presente como neutral u objetiva. Además, una investigación feminista debe ofrecer nuevas perspectivas así como prestar atención a sujetos y/o colectivos tradicionalmente ignorados, cuestionando los cimientos del pensamiento androcéntrico.

A continuación reflexionaré y me situaré en cuanto a la presente investigación siguiendo a Biglia y Vergés-Bosch (2016):

Respecto de quién lleva a cabo este trabajo, no es un equipo sino de mí, una persona individual. Es importante a mi parecer introducir en este momento la aproximación epistemológica feminista de los conocimientos situados basada principalmente en Donna Haraway (1992).

De acuerdo con la autora y con la perspectiva que nos ofrece el conocimiento objetivo no existe y los esquemas que limitan el conocimiento tradicionalmente son en realidad actitudes de poder y no de búsqueda de verdad.

Así, las ideologías oficiales sobre objetividad y método científico esconden cómo se practica el conocimiento científico: de forma reduccionista, androcéntrica, patriarcal y al servicio del poder. Donna Haraway habla de hermenéuticas totalitarias frente a las cuales debemos situarnos antes de saber como práctica de la “objetividad” subalterna. De este modo, atravesando los modelos, los subvertiremos.

En consecuencia, la doctrina de la objetividad es utilizable pero debemos tener claro que no es inocente y la forma honesta de conocer es asumiendo y visibilizando nuestra perspectiva parcial, que además tiene que ver con que el sujeto que conoce o trate de conocer asuma responsabilidades respecto de lo que dice.

Paul B. Preciado (2005) citaba a Foucault a propósito del retorno de los saberes sometidos, es decir, de la necesidad del acceso de las y los subalterna/os a las tecnologías de producción del saber y de desplazamiento del sujeto de la enunciación científica, en definitiva, de la necesidad de generar una ruptura epistemológica.

En definitiva, voy a proceder a situarme o por lo menos a tratar de hacerlo. Soy una mujer cisgénero de casi treinta años en una relación monógama heterosexual, soy euroblanca pero pertenezco a la periferia europea (sur de Europa), tengo estudios reglados formales, soy madre, vivo

en la ciudad, soy feminista.

He decidido llevar a cabo esta investigación a raíz de mi propia experiencia personal en el embarazo y el parto que me puso en contacto con el activismo obstétrico. Es decir, deseo visibilizar que existe un interés personal.

Tal y como reflexionaré más adelante, considero a la ciencia y a la medicina como figura de autoridad, además de androcéntricas y a menudo misóginas, y en consecuencia el presente trabajo no sólo pretende cuestionar lo anterior, también priorizar las experiencias, la subjetividad y ante todo el bienestar de las mujeres.

En la fase de implementación del proyecto he tratado de utilizar las técnicas de recolección y generación de datos de forma respetuosa hacia las y los sujetos participantes, salvaguardando sus subjetividades por encima de obtener resultados, dando espacio a visibilizar experiencias de sujetos minorizados y con carácter previo a la participación he dado información sobre mí y sobre el carácter del trabajo, siendo clara respecto al hecho de que ésta es una investigación de género.

También he ofrecido la posibilidad a las y los participantes de mantenerse al día de la evolución y resultado del trabajo, existiendo asimismo la posibilidad de no seguir recibiendo información, dejando a juicio de cada persona hasta qué punto quería o no involucrarse.

He querido incorporar las teorías de la interseccionalidad. Nina Lykke (2010) define la interseccionalidad como una herramienta teórica y metodológica para analizar cómo históricamente distintos tipos de poderes y/o normatividades, basadas en categorías construidas socioculturalmente ya sea de forma discursiva, institucional y/o estructural, tales como el género, etnicidad, raza, clase, sexualidad, edad, nacionalidad, lengua materna, diversidad funcional, etc. interactúan, y cómo al hacerlo producen distintas desigualdades sociales y relaciones sociales injustas.

También la Organización Mundial de la Salud (2014) pone en relación el trato irrespetuoso durante el parto con la interseccionalidad: *“Es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo”*. Es por ello que las encuestas hacían referencia a distintos ejes de opresión posibles².

2 Por ejemplo: la persona no es heterosexual, es “people of color”, es migrante (con o sin papeles), tiene diversidad

A pesar de ello, la mayor parte de personas encuestadas no pertenecían a estos grupos, con lo cual ello supone un límite a la incorporación de las teorías de la interseccionalidad al presente trabajo.

Por último, respecto de los resultados, su impacto y difusión, en primer lugar es mi intención hacer una interpretación respetuosa de las opiniones de las y los participantes implicados. Tal y como ya he dicho priorizaré la voz de las mujeres usuarias por ser subalterna frente a las figuras de autoridad médica que considero tienen otros foros privilegiados para expresar sus voces, lo cual no implica que valore la participación de las y los profesionales que han dedicado su tiempo a ofrecerme respuestas que también serán tratadas con la sensibilidad requerida.

Para la confección de la bibliografía del presente trabajo y en consonancia con la utilización de epistemologías feministas, he recurrido a múltiples autoras, con la intención de contribuir a recuperar y visibilizar nuestros saberes a menudo excluidos y/o invisibilizados en los discursos científicos, especialmente en el saber científico-médico. Debe ser tenido en cuenta que el mayor número de críticas feministas a la obstetricia deben su autoría a mujeres.

1.2. Casuística

A los efectos de mostrar casos prácticos en relación con el objeto de este trabajo he elegido mencionar tres casos reales en los que entraron en conflicto directo el criterio clínico profesional sanitario y la autonomía de las mujeres.

Los tres casos se circunscriben al ámbito europeo, pues al margen de las particularidades legales de cada país, tanto Reino Unido, como Irlanda, como España, han firmado los Tratados Internacionales examinados en este trabajo y les aplican las leyes básicas europeas sobre derechos de las personas usuarias y pacientes del sistema sanitario. Por lo tanto, existe un acervo jurídico común.

El caso de Alessandra Pachieri lo he incluido porque es uno de los pocos casos en Europa en los que se decidió judicialmente autorizar una cesárea en contra de la voluntad de la mujer. En cuanto al de la señora B, la Sentencia del Tribunal me parece de gran valor en la medida en que se

funcional o tiene un diagnóstico de enfermedad mental.

fundamenta y argumenta en profundidad su derecho a tomar decisiones sobre su propia salud y la de su bebé, incluido el asumir riesgos. Por último, he incluido el caso Rosa por ser reciente y por haber tenido lugar en Cataluña.

1.3. Sobre las encuestas

Dado que es mi intención dotar de subjetividad y agencia a todas las personas involucradas en el presente trabajo (no sólo a las mujeres embarazadas y de parto, también a las personas profesionales del ámbito obstétrico), he elaborado dos encuestas donde he querido recoger sus experiencias, opiniones y comentarios.

Por un lado, debo asumir las limitaciones de este método. Las he llevado a cabo desde Google Docs, por lo tanto, cualquier persona podía acceder y contestar sin existir por mi parte una posibilidad de control a nivel identificativo (por ejemplo, si la persona que contesta es o no es realmente obstetra).

Por otra parte, una encuesta implica necesariamente un cierto grado de estandarización de las respuestas, es por ello que al final de cada apartado y en todo caso al final he querido dejar espacio para que las mujeres y las personas profesionales sanitarias pudieran dejar sus comentarios o apreciaciones. Han sido varios los casos en los que las y los participantes sentían que era difícil dar una respuesta estandarizada, lo cual es comprensible pero en ciertos casos inevitable.

He considerado necesario desgarnar las preguntas: me refiero a ir más allá de preguntar a una mujer “*¿has tenido un parto donde se respetó tu autonomía?*” o a las personas profesionales “*¿Respetas la autonomía de las usuarias?*”.

Ello es porque con frecuencia la respuesta será afirmativa pero en el momento en que se formulan preguntas de tipo concreto se producen contradicciones. Esto sucede entre otras muchas razones porque vivimos en una sociedad patriarcal donde consideramos normales o aceptables formas de violencia e imposiciones o sencillamente no las detectamos.

En este sentido se han expresado distintos estudios. Por ejemplo Noelia Igareda y Encarna Bodelón (2014) comentaban en su estudio sobre *Las violencias sexuales en las universidades* cómo

a menudo las mujeres identifican la violencia sexual de género sólo en los casos más graves³.

Trasladando esto al marco del presente trabajo, puede suceder que una mujer te diga que durante su parto se respetó su autonomía pero cuando se le pregunta acerca de si se sintió en control, si se le explicaba la manera de proceder, si se recabó su consentimiento, etc. la respuesta sea negativa.

De igual forma podemos encontrarnos con que un profesional que afirma respetar la autonomía de las mujeres y reconozca que dicho derecho incluye rechazar las intervenciones propuestas, para en otra pregunta más adelante sugerir la posibilidad de recabar la autoridad judicial o introducir restricciones no previstas en la configuración legal de dichos derechos fundamentales.

Por lo tanto, he considerado necesario preguntar sobre situaciones concretas para ver si la teoría de los derechos de autonomía y consentimiento en el embarazo y parto (que en principio tanto las usuarias como las personas profesionales tienen claro que deben imperar), se correspondía con la forma de actuar en la práctica.

Elaboré y difundí ambas encuestas en el mismo momento⁴.

Respecto de los porcentajes puede suceder que el total de una pregunta no sea 100%. Esto es posible porque para mí era importante incorporar los conceptos de agencia y consentimiento a la hora de contestar el formulario, por lo tanto he tratado de crear un clima de libertad.⁵

1.3.1. Encuestas a mujeres

Además de los porcentajes generales, he desgranado ciertas preguntas para obtener los porcentajes concretos para el caso de atención de matrona u obstetra así como dependiendo del lugar donde ocurriera el parto, para ver si condicionaban de algún modo los resultados e impactaba

3 De este modo puede suceder que le preguntemos a una mujer si ha sido víctima de violencia sexual y la respuesta que nos dé inicialmente sea que no, pero que al hablar posteriormente de situaciones concretas, como por ejemplo si la han piropeado o la han acosado, la respuesta sea afirmativa. La diferencia está en que no identifica tales comportamientos como una agresión.

4 La dirigida a usuarias recibió más de doscientas respuestas en las primeras veinticuatro horas, llegando a alcanzar las casi trescientas respuestas en pocas horas más, momento en que decidí cerrarla. La obtención de respuestas de la encuesta dirigida a personas profesionales fue más lenta y estuvo activa casi un mes.

5 Puede suceder que la misma persona haya marcado varias opciones dentro de una pregunta (y por eso el global sea mayor a 100%) así como que haya decidido no contestar (y el global sea menor). Por lo tanto, cada ítem refleja el % total de personas de cada grupo (o global) que haya marcado dicha respuesta.

en la experiencia de las mujeres.⁶

La primera parte de la encuesta está enfocada al embarazo, la segunda al parto (con preguntas también relativas al plan de parto) y por último incluí unas preguntas en relación a la inducción puesto que hoy en día tiene lugar de forma prácticamente rutinaria a partir de las 41 semanas de edad gestacional.

Difundí entre varios grupos de mujeres embarazadas a través de las redes sociales y listas de correo electrónico, no sólo aquellos en relación con asociaciones de parto respetado, pues ello hubiera implicado obtener respuestas de un tipo de mujeres determinado que tienen una visión concreta del parto. Por lo tanto, he recibido respuestas de todo tipo.

1.3.2. Encuestas a profesionales sanitaria/os

La encuesta a profesionales iba dirigida básicamente a tres grupos objetivo: obstetras, comadronas y pediatras.⁷

La/os obstetras son la/os profesionales formados en patología obstétrica aunque en el modelo medicalizado español tienen una presencia muy significativa en la atención al embarazo y parto normal⁸, especialmente en la privada.

Las comadronas (y en este caso hablo en femenino pues es una profesión casi íntegramente feminizada por el momento) son las profesionales formadas en fisiología obstétrica.

Una de los extremos que quería examinar es si existen diferencias entre las respuestas de unos y de otras. La primera diferencia ya la he adelantado en uno de los apartados anteriores y es el grado de colaboración con la encuesta. Las comadronas se han volcado con la encuesta mientras

6 Tanto estas tablas desglosadas como la encuesta y los resultados pueden consultarse en el Anexo I del presente trabajo.

7 Tanto el formulario de la encuesta, como las respuestas y los porcentajes desglosados pueden ser consultados en el Anexo II del presente trabajo.

8 Existen estudios y revisiones que demuestran que la asistencia de ginecóloga/o durante embarazo o parto aumenta el nivel de intervencionismo y iatrogenia, especialmente (pero no exclusivamente) en el caso de embarazos y partos fisiológicos o de bajo riesgo, frente a la asistencia de las comadronas. Una de las más recientes es la revisión de la prestigiosa Cochrane de 28 de Abril de 2016 titulada Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting, por el grupo investigador formado por Jane Sandall y otros.

que la participación de los obstetras, a pesar de la amplia difusión, ha sido prácticamente nula: sólo 4 han participado y a 3 los conozco personalmente.

Por otra parte también me he dirigido a la/os pediatras pensando que dado que su profesión está centrada en el/la bebé y no la mujer y también participan en los embarazos y partos en cierta medida, tal vez este foco distinto introduciría variaciones en las respuestas.

También he recibido respuestas de 4 anestelistas que trabajan en paritorios, lo cual considero que enriquece la encuesta en tanto añade otra perspectiva.

Por último, también he recibido una contestación de un enfermero, una fisioterapeuta y una doula.

Dentro del grupo de las comadronas, no sólo he calculado el global, también he segregado datos según la comadrona trabaje en un centro hospitalario o en el ámbito domiciliario. Debido a mi experiencia asociativa sé que a menudo la ideología de ambos grupos presenta diferencias. Esto se ha puesto de manifiesto además en los comentarios que me han dejado al final del cuestionario las propias comadronas, a los que haré más adelante.

1.4. Sobre el análisis feminista del Derecho

1.4.1. Breve historia y evolución de las teorías jurídicas feministas

El presente proyecto tiene una importante vertiente jurídica, en tanto trata de examinar con perspectiva de género el impacto de la regulación legal de los derechos de autonomía y consentimiento informado en relación con el embarazo y el parto. Es por ello que se hace necesario introducir metodologías de análisis feminista del Derecho, con el objetivo de comprender mejor las dinámicas de prestación del consentimiento en las relaciones obstétricas entre las mujeres usuarias y las y los proveedores de salud.

Aunque tal y como MacKinnon (1995) pone de manifiesto el feminismo no ha pensado en sus propios términos (o lo ha hecho muy tímidamente) la relación entre el Estado y la sociedad dentro de una teoría de la determinación social específica del sexo, y que la teoría jurídica feminista es de desarrollo muy reciente, considero que la idiosincrasia de la primera y segunda olas se corresponde a grandes rasgos a lo siguiente:

El feminismo de la primera ola⁹ centrado en la igualdad se corresponde con las teorías de tipo liberal, que considera el Derecho como neutral y a su sujeto universal. En consecuencia contempla al Derecho como un buen instrumento en cuanto a la causa feminista (pensemos por ejemplo en el gran hito que implicó la consecución del sufragio femenino).

Pero según Alda Facio (1992: pp. 18), “[...] *la igualdad jurídica o igualdad ante la ley de mujeres y hombres se ha reducido a creer que con otorgarle a las mujeres los mismos derechos que a los hombres y darle protección especial en ciertos casos debido a su función reproductora se elimina la discriminación sexual.*”.

Es decir, con el paso de los años se pusieron de manifiesto diversas dificultades respecto a este enfoque basado en la idea de asimilación.

El desarrollo de las teorías marxistas mostró que el Estado y las leyes no eran neutrales sino que estaban impregnados de ideología y al servicio del poder. El feminismo hizo lo propio y desarrolló sendas teorías que acabaron con la hasta entonces presupuesta neutralidad del Derecho. Ahora éste se desenmascaraba como un cuerpo altamente sexuado en masculino.

Por lo tanto, aunque el Derecho se había usado satisfactoriamente en ciertos casos como herramienta para mejorar las condiciones de la mujer, por un lado se habían constatado los límites de este enfoque y por el otro también había que tener en cuenta el alto grado de masculinización del Estado y el Derecho, que se erigían como elementos reproductores y de refuerzo de la opresión hacia la mujer (Bodelón y Bergalli, 1992).

Así es como durante la segunda ola del feminismo aparecieron las teorías de tipo radical, según las cuales el Derecho en tanto masculino es elemento represivo y opresivo, mediante el cual no se soluciona la subordinación de la mujer.

9 Siguiendo a Facchi (2005) durante la primera ola feminista (siglo XX) se instauró el llamado feminismo de la igualdad, que exigía la eliminación de las discriminaciones entre mujeres y hombres y el igual acceso a derechos y trato, rechazando los roles hasta entonces tradicionalmente femeninos por considerarlos opresivos.

A finales de los años setenta, con la segunda ola se desarrolla el llamado feminismo de la diferencia, que implica una revalorización de los caracteres femeninos (tanto biológicos, psicológicos, morales como culturales) y se rechaza que las mujeres sólo se consideren emancipadas en cuanto asuman roles masculinos. Se lucha por el reconocimiento de una identidad femenina igualmente válida a la masculina.

En la tercera ola se ha pasado a analizar y deconstruir las categorías femeninas y masculinas por opresivas y precisamente por no atender a la diversidad de expresiones y experiencias vitales.

El problema no está en el Derecho, sino que es estructural y el Derecho precisamente se legitima en dicha estructura de poder patriarcal a desarticular. De acuerdo con esta visión, si nos centramos en rearticular las leyes estamos silenciando y negando el debate indispensable entorno a la desigualdad estructural.

Frente a estas dos grandes teorías, liberal y radical, posteriormente han aparecido teorías reformistas de tipo intermedio. Lo que está claro es que para el feminismo el uso del Derecho siempre ha sido controvertido. De este modo los nuevos reformismos liberales proponen un doble análisis del Derecho para hacer un uso óptimo del mismo en favor de la mujer: por un lado analizarlo como instrumento pro feminismo y por el otro como herramienta de opresión (Bodelón y Bergalli, 1992).

Una de las grandes escuelas jurídicas reformistas es la escandinava. El movimiento feminista escandinavo siempre ha sido particularmente abierto y colaborativo hacia las instituciones públicas, reconociendo el rol positivo del Estado social y del Derecho como instrumento de transformación, así como de apoyo y promoción de intereses de grupos débiles (Facchi, 2005).

Según una de sus máximas representantes, Tove Stang Dahl, el Derecho no es masculino por estructura y vocación, si no que lo es porque históricamente lo han elaborado los hombres. En consecuencia, el Derecho feminista se definiría con base en el objetivo de descubrir, explicar y comprender la posición jurídica de la mujer para mejorar su posición legal y en la sociedad (Facchi, 2005).

Creo que hoy en día existe consenso entre las feministas entorno a que el Derecho está situado en una perspectiva androcéntrica de la justicia. Pero al margen de las teorías de corte radical que defienden una ruptura con las estructuras de poder, dentro del feminismo (de corte más liberal) ha habido también una variedad de análisis sobre lo que significa una justicia androcéntrica o cómo construir una justicia no androcéntrica (Bodelón, 2010).

1.4.2. Análisis feminista del Derecho

A un nivel más específico, a la hora de realizar un análisis feminista del Derecho me parece imprescindible la obra de Alda Facio (1992).

Facio es categórica cuando una vez tras otra afirma que las leyes se consideran neutrales, genéricas, iguales para ambos sexos, pero el referente es siempre el masculino. Siempre es el hombre/varón el modelo para leyes, ya sean “generales”, o “especiales”.

Hombres y mujeres pueden tener distintas necesidades con base en ciertas diferencias, pero siempre son las nuestras (las de las mujeres) las que son consideradas como necesidades específicas, mientras que las de los hombres son consideradas como necesidades de los seres humanos en general.

De este modo, tradicionalmente se han hecho investigaciones, estudios y análisis desde la perspectiva del varón occidental, blanco, cristiano, heterosexual, sin discapacidades visibles, las cuales se presentan como si no tuvieran ninguna perspectiva, como si fueran totalmente objetivos, neutrales y universalmente válidos, como si la posición que ocupa ese ser privilegiado fuese el parámetro de lo humano, incurriendo en una forma de sexismo llamada sobregeneralización, es decir, presentando sus conclusiones como válidas para la humanidad toda (Facio, 1992).

Y es que tal y como dice la autora no sólo los estudios sobre las mujeres son específicos, sino que también lo son los de los hombres, a pesar de que ellos se presenten como “universales”, “humanos”, etc.

De acuerdo con Alda Facio, los pasos a seguir para realizar un análisis jurídico feminista son los siguientes:

- 1) Tomar conciencia de la subordinación de la mujer;
- 2) Identificar formas de sexismo en el texto (androcentrismo, dicotomismo sexual, insensibilidad del género, sobregeneralización, sobreespecificidad, doble parámetro, familismo, etc.);
- 3) Preguntarnos cuál es la mujer sujeto (mujer blanca, casada, pobre...) y ver el efecto en otras mujeres;
- 4) Concepción de la mujer en el texto (mujer-madre, mujer-familia, mujer-hombre, etc.);
- 5) Analizar el texto tomando en cuenta la influencia de y los efectos en los otros componentes del fenómeno legal;
- 6) Ampliar la toma de conciencia de lo que es el sexismo y colectivizarla.

Posteriormente, nos insta a preguntarnos lo siguiente cuando estemos ante un texto legal: ¿a qué mujer privilegia/excluye este texto? ¿Cómo afecta este texto a los distintos tipos de mujeres? (Recordemos que por cada derecho que se otorga a una podemos estar discriminando a otra) ¿Cuál es la mujer persona destinataria? (Inclusive implícita, aunque invisibilizada o marginalizada).

“Hasta ahora, la igualdad jurídica de mujeres y hombres se ha reducido a creer que con otorgarle a las mujeres los mismos derechos que a los hombres y darles protección especial en ciertos casos debido a su función reproductora se elimina la discriminación sexual. [...] Esta manera de concebir la igualdad garantiza que seremos tratadas como seres humanos plenos sólo en el tanto y en el cuanto seamos semejantes a los hombres y seremos tratadas desigualmente en todo lo que nos diferencia.” (Facio, 1992: pp.18)

1.5. Breve reflexión sobre teorías de la dominación

El sociólogo francés Pierre Bourdieu basó su teoría sobre la dominación masculina en la tesis de la “inversión entre causas y efectos”, es decir, en la naturalización de la construcción social arbitraria de lo biológico. La paradoja de la doxa consiste en la socialización de lo biológico y la biologización de lo social, que a través de mecanismos diversos, ha invertido la relación entre las causas y los efectos (Sandoval Robayo, 2002). Este esquema puede ser aplicado a otras formas de dominación.

De acuerdo con Bourdieu (Lucía Gómez, 2004) el discurso es algo más que un conjunto de signos de comunicación, representa también un sistema de relaciones de poder y dominación entre interlocutores. Los discursos reducen las relaciones sociales y las transforman. Se circunscriben en la lucha por la producción y la imposición de la visión legítima del mundo social.

Así, en la medida en que un discurso toma como referencia la interacción y el conflicto entre distintos grupos sociales para tratar de hacer visibles posiciones dominadas con base en el orden simbólico, se convierte en discurso herético.

Estos discursos heréticos parten de un orden simbólico que presenta las jerarquías y dinámicas de dominación y opresión sociales como naturales y legítimas y en consecuencia, ejerce violencia simbólica contra grupos oprimidos imponiendo definiciones de la realidad para la acción

(Castón Boyer, 1996).

Al ser resultado de una socialización previa ejercida sobre los cuerpos de forma invisible e insensible para introyectar¹⁰ en ellos las estructuras de dominación, para ejercerla no se requiere de coacción física y de hecho los propios dominados contribuyen sin saberlo a su dominación. Además, en tanto constituye una asimilación inconsciente, escapa a los mecanismos de control y conciencia que permitirían exigir transformaciones o modificaciones (Sandoval Robayo, 2002)

Como la dominación no es sólo externa sino que también es interna, no bastan conciencia y voluntad para vencerla, ni tampoco la mera abolición de prohibiciones o desigualdades junto con la garantía de libertades formales. Se requeriría de una socialización en libertad para superar este problema (Sandoval Robayo, 2002).

De ahí los sentimientos de extrañeza e inadecuación de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica, pues no sólo son oprimidas, sino que en el orden simbólico falocéntrico cuesta hallar formas de nominación para expresar dichas experiencias.

Herejía se opone a ortodoxia. La segunda se ampara en un discurso que sostiene el orden simbólico, tiende a restringir el abanico de posibilidades. La primera es una exposición performativa porque crea posibilidades, modifica las esperanzas y expectativas. La herejía se relaciona con los momentos de crisis, momentos en que los que dominan se centran en defender al máximo la ortodoxia. Frente a esto, la herejía se erige como una forma de subversión (Castón Boyer, 1996).

Mientras los agentes dominantes se esfuerzan en mantener, crear y recrear el consenso respecto del orden social en todos los espacios sociales, aparecen detonantes simbólicos en la forma de discursos que además de cuestionar dicho orden se salen de él al nominar la opresión de las mujeres no sólo desde los discursos productores de verdad, como pueden ser los conocimientos oficiales o reglados, sino también desde las experiencias vitales diversas de mujeres hasta entonces indecibles (nominación como revelación) que quedan incorporadas como grupo social de este modo a las luchas simbólicas y crean nuevas significaciones que pasan a gozar de entidad y reconocimiento colectivo. Es precisamente a través del reconocimiento que el discurso herético

10 RAE. Del alemán *Introjektion* y a su vez del latín *intro-* “adentro, hacia el interior” y *-iectio, -onis* “acción de arrojar”. 1. Psicología. En el psicoanálisis, proceso inconsciente por el cual un sujeto incorpora actitudes, ideas, creencias, etc. de un individuo o grupo de individuos, previa identificación con ellos.

pasa ser capital cultural y simbólico.

Los detonantes simbólicos visibilizan y explicitan la legitimidad de malestares y descontentos hasta entonces y articulan nuevos significados e identidades. Las luchas simbólicas se relacionan también con lo que Bourdieu denominó luchas cognitivas, en las cuales en este caso las dominadas llevan a cabo actos de conocimiento que se convierten en reconocimiento, oponiéndose de este modo a la dominación simbólica (Sandoval Robayo, 2002).

Capítulo 2. La medicina y las mujeres

“En una perspectiva feminista, lo que resulta particularmente problemático es que la apropiación biotecnológica de lo maternal ocurre precisamente en el momento de la historia en que las mujeres han exigido explícitamente el control político sobre sus cuerpos y su capacidad reproductora.

Y volvemos a la cuestión del chronos; si seguimos la lógica del biopoder, las mujeres serán apartadas por la fuerza de las formas tradicionales de la maternidad, basadas en la familia patriarcal heterosexual, y llevadas a una reproducción altamente tecnificada igualmente masculina.” Rosi Braidotti (2000)

2.1. Una relación difícil

Con anterioridad a la irrupción de la ciencia médica en nuestras vidas, el poder se servía de su vínculo con la religión para llevar a cabo acciones de control sobre la población. En este contexto, la “locura femenina” iba asociada a inmoralidad y posesión diabólica (Rendueles Olmedo, 2007).

Más adelante, el papel de emisor de verdades absolutas y universales es trasladado a la ciencia, que rápidamente se sitúa al lado del poder. En esta nueva retórica, el punto de partida es el hombre, ejemplo de lo universal; mientras que la mujer es relegada al ámbito de lo especial, definida exclusivamente sobre aquello que la hace diferente.

Con base en esta nueva fuente de conocimientos, se utilizan la anatomía y la biología para desarrollar teorías de la diferencia que establecieron las bases para la desigualdad entre sexos y justificaron la subordinación de las mujeres frente a los varones (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999).

A pesar de que el primero en escribir un tratado de ginecología, un hombre llamado Joannes Petrus (1598-1669), defendió que la mujer era físicamente perfecta, ello no fue obstáculo para que

aquellos que continuaron teorizando sobre las mujeres lo hicieran definiéndola inferior por sus órganos reproductores femeninos: primero fue el útero y más adelante con los ovarios (Iglesias Aparicio, 2003).

En este contexto, para definir la enfermedad de las mujeres se utilizaron distintos argumentos. A grandes rasgos, existe una división entre factores psicológicos y orgánicos.

Los de tipo psicológico partían de la división sexual de la sociedad que asignaba una serie de roles distintos a hombres y mujeres, quedando las segundas subordinadas. De este modo, la mujer que transgredía era reconducida a su situación de sumisión mediante el tratamiento de lo que los poderes clasificaban de “enfermedad mental”.

Los orgánicos estaban basados en el determinismo biológico: La mujer, en comparación con el hombre, tenía un físico inferior (por ejemplo, un cráneo más pequeño, una frente menos ancha, lo que hacía que su cerebro fuera de menor tamaño).

Las teorías evolutivas y degenerativas defendieron que en la cúspide de la evolución se hallaba el hombre, la mujer quedaba asociada a lo infantil, primitivo, a la naturaleza, a la imperfección, a la patología. Se esgrime que existe una relación entre el sistema nervioso de la mujer y su aparato genital, que la hace más susceptible de sufrir enfermedades mentales (Jiménez Lucena y Ruiz Somavilla, 1999).

En distintas obras de tipo médico, se afirmaba que cuando la naturaleza producía un individuo de “sexo femenino”, era como resultado de un curso defectuoso, de una suerte de proceso semiabortivo (Diéguez Gómez, 1999).

Con base en lo anterior se vincularon comportamientos que se consideraron patológicos (como resistirse a ser un ángel del hogar, desobedecer al marido, tratar de ser dominante, o sencillamente ser excitable, etc.) con procesos femeninos fisiológicos normales (menstruación, menarquia, menopausia, embarazo, parto...) y se propusieron tratamientos que intervenían en el cuerpo de las mujeres.

Algunos sencillamente fueron degradantes, como por ejemplo cuando el médico masturbaba a la paciente; y otros consistieron directamente en mutilaciones, como la histerectomía o la

extirpación de los ovarios.

Mientras se desarrollaba lo anterior, no sólo los alienistas (aquellos que no estaban de acuerdo con asociar enfermedad mental y aparato reproductor femenino) hablaron de razones psicológicas.

Aquellos médicos que extirpaban órganos sexuales sanos insistían que necesariamente debían ser los causantes de la locura femenina, a la par hablaban de que el problema estaba “más allá” y radicaba en la propia “esencia femenina”.

A pesar de la insistencia del determinismo biológico, los facultativos proponían “soluciones” o factores protectores que nada tenían que ver con la biología de los cuerpos, como el matrimonio. La realidad es que mientras que las conductas de los varones, fueran o no extrañas, nunca eran patologizadas (o por lo menos en muy pocos casos), cualquier conducta femenina lo era.

Al final se trataba de un compromiso de las disciplinas médicas para con el poder, que mediante la configuración de las enfermedades mentales y en especial de aquellas que afectaban a la mujer, conjuraron los “peligros sociales”, entre ellos el discurso emancipador de la mujer (Diéguez Gómez, 1999).

2.2. El advenimiento de la medicina occidental

La “transición” hacia el modelo occidental alopático de medicina no fue pacífica, al contrario. Tal y como documentan Silvia Federici (2010) y Barbara Ehrenreich y Deirdre (1988) hubo un largo proceso por el cual los expertos masculinos se apropiaron de la salud, a pesar de la resistencia que opusieron las sanadoras y los movimientos populares a favor de la autogestión de la salud, y de que en sus inicios la medicina masculina estaba vinculada a supersticiones religiosas y filosóficas al contrario de la atención empírica que ofrecían las mujeres y sanadoras tradicionales.

Esta apropiación fue además violenta y a menudo letal: se excluyó a las mujeres sabias de la medicina y las curas, y no sólo eso, muchas de ellas fueron víctimas de la caza de brujas debido a sus conocimientos.

De acuerdo con Federici (2010), la caza de brujas continúa siendo uno de los fenómenos

menos estudiados en la historia de Europa (incluso de la historia mundial), lo cual sorprende teniendo en cuenta las dimensiones de la masacre: en menos de dos siglos cientos de miles de mujeres fueron quemadas, colgadas y torturadas¹¹.

Ehrenreich y English (2010) hacen un recorrido con perspectiva de género a la historia de medicina. En él relatan cómo la ciencia al convertirse en autoridad pasó a determinar no sólo lo que era verdadero, también lo “adecuado”.

Así, para el público burgués, la ciencia pasó a ser una fuente de preceptos morales, una especie de religión laica donde el científico era su profeta.

Todo esto lo hacía fingiendo desinterés y objetividad, sin concesiones a la enorme fuerza moral que tiene la ciencia ante la opinión pública. De este modo la ciencia dice ser objetiva, neutral, dice no servir a ningún interés específico ni a ninguna clase ni grupo privilegiado.

Pero la ciencia también respondía y responde a dinámicas de poder y autoridad. Tal y como han puesto de manifiesto distintas críticas feministas¹², entre otras muchas cualidades la ciencia era patriarcal. En el momento en que la medicina decidió ser ciencia (pues tal y como ya he dicho al principio consistía en suposiciones religiosas y filosóficas) se revistió de esta autoridad y moralidad.

“Estas primeras relaciones anularon por completo los saberes y las habilidades que las mujeres habían acumulado de forma espontánea a lo largo de siglos, y empezó el azaroso camino y las contradicciones entre el mundo de la ciencia y el mundo de la salud de las mujeres, con la mirada de la ciencia como la mirada del otro, que decide lo que es bueno o malo para su futuro, según las necesidades de control, y según las necesidades sociales.” (Valls Llobet, 2010)

La medicina era patriarcal y por ende sus médicos eran machistas. La profesión médica abordó la feminidad como enfermedad. Se consideró la menstruación, el embarazo, la menopausia, la lactancia... todas ellas como enfermedades físicas y estorbos intelectuales. Así los órganos

11 Se desconoce el número exacto de mujeres que fueron asesinadas durante la caza de brujas, debido a que muchos de los juicios y ejecuciones no fueron registrados. Aún así Silvia Federici (2010) ofrece estimaciones proporcionadas por distintas investigaciones, entre ellas la de Anne L. Barstow que dice poder justificar que en el lapso de tres siglos aproximadamente 200.000 mujeres fueron acusadas de brujería, aunque admite que es difícil saber cuántas murieron finalmente ejecutadas y cuáles por las torturas que sufrieron, ello sin contar que otras fueron linchadas o sencillamente la sospecha de ser brujas las seguiría allá donde fueran.

12 Por ejemplo Donna Haraway (1991) o Paul B. Preciado (2005)

reproductores femeninos fueron terreno de expansión química y quirúrgica, para medicamentos no probados y audaces experimentos.

2.3. Especial mención a la ginecología y la obstetricia

Ehrenreich y English (2010) relatan cómo para que el triunfo de la medicina científica (masculina) fuese completo, había que resolver el “problema de la comadrona”, pues en el 1900 todavía el 50% de los bebés que nacían lo hacían asistidos por ellas.

“Sólo las mujeres de clase media y alta habían aceptado desde tiempo atrás la idea médica del parto como hecho patológico, que necesitaba de la intervención y supervisión de un médico” Ehrenreich y English (2010 : pp. 135).

Los médicos en realidad no querían asistir los partos de las mujeres pobres, no había negocio, pero insistieron en defenestrar a las comadronas porque estorbaban al desarrollo de la moderna medicina institucional: la medicina y los estudiantes de medicina, para avanzar, necesitaban experimentar. Aprender en laboratorios, libros y conferencias no era suficiente, necesitaban personas vivas.

Está claro que de poder elegir, casi nadie quiere ser objeto de prácticas de estudiantes de medicina. Ninguna mujer de bien de 1900 admitiría médicos varones en su parto. Sólo quedaban las pobres. Así nació el concepto de “beneficiencia”: las facultades ofrecerían a estudiantes como personal para el hospital y a cambio el hospital les permitía aprender sobre los cuerpos de los pacientes, generalmente los pobres.

La obstetricia y la ginecología eran especialidades que necesitaban de desarrollo pero no podían hacerlo con mujeres de clase media y alta que pagaban. Por lo tanto, iban a ser las mujeres pobres las que iban a contribuir a *“la más benefactora y desinteresada de las profesiones”*.

Formar a las comadronas no era una opción, pues en palabras de un médico ello disminuiría las oportunidades para usar instrumentos y técnicas desarrollados recientemente y perfeccionar los conocimientos obstétricos. En textos obstétricos de la época se utiliza el término “material” para referirse a nosotras las mujeres, como objeto de la investigación médica.¹³

13 De esto también habla Michel Foucault (2015) en El nacimiento de la clínica

La campaña pública contra las comadronas fue presentada como llevada a cabo desde la preocupación por las clientas y así éstas profesionales fueron tachadas de sucias, ignorantes e incompetentes.¹⁴

Fácilmente se hubiera podido enseñar a las comadronas higiene e indicaciones básicas, especialmente teniendo en cuenta que sin comadronas, sólo en el estado de Nueva York un 25% de los nacimientos quedarían desasistidos.

“Además, los obstetras introducían nuevos peligros en el proceso del nacimiento. Al contrario que la comadrona, el médico no iba a estarse sentado durante horas, como decía un doctor, 'mirando un agujero'; si el parto avanzaba con demasiada lentitud para su programa, intervenía con la cuchilla o los fórceps, a menudo en detrimento de la madre o del niño.

Más aún, los hospitales académicos tenían otra razón que añadir para las intervenciones quirúrgicas: los estudiantes tenían que practicar con algo más difícil que un parto normal. La época del parto totalmente medicalizado -peligrosamente hipermedicado e hipertratado- estaba a punto de empezar.” Ehrenreich y Deirdre (2010: pp. 140)

Al eliminar a las comadronas todas las mujeres, de todas las clases sociales, supuestamente por el bien de sus hijos, asumieron la hegemonía biológica de la profesión médica (Deirdre y English, 2010).

Por lo tanto, para llegar al embarazo y parto altamente medicalizados del modelo actual, tuvieron que suceder varias cosas: hubo que eliminar a las sanadoras violentamente y aplastar a los movimientos populares de autogestión de la salud; hubo que erigir a la medicina como fuente de verdad científica y para ello la ciencia y la medicina tuvieron que aliarse con el poder patriarcal generando discursos sexistas; en consecuencia los cuerpos femeninos y la feminidad fueron patologizados; para que el negocio y la investigación médicos siguieran prosperando hubo que eliminar al último reducto de resistencia femenina: las comadronas; Finalmente el cuerpo de las mujeres durante el acto reproductor supremo fue totalmente accesible.

14 No sólo eso, en Norte América también se recurrió al patriotismo para desacreditarlas: eran antiamericanas.

2.4. Capitalismo, reproducción y medicina

Considero que lo anterior debe ser puesto en relación con las reflexiones de Silvia Federici (2010), pues el curso de racionalización de la ciencia estaba íntimamente ligado al intento, por parte de los nuevos Estados, de imponer el capitalismo sobre una fuerza de trabajo que no estaba dispuesta a colaborar. El capitalismo necesitaba capital humano para establecerse y perpetuarse. Paralelamente los nuevos Estados necesitaban ciudadanos y hombres para integrar sus ejércitos.

Estas necesidades surgieron en momentos posteriores a las crisis de población causadas por ejemplo por la Peste Negra o la del siglo XVII. Por esta razón no sólo se llevaron a cabo políticas pro-natalistas sino que se produjeron ataques feroces a cualquier forma de anticoncepción.

Además, con la introducción de la asistencia pública el Estado se empezó a atribuir la “propiedad” de la mano de obra, produciéndose en consecuencia un gran salto en la administración de la reproducción social, con la introducción de registros demográficos (organización de censos, registro de las tasas de mortalidad, natalidad, matrimonios, etc.) y la aplicación de la contabilidad a las relaciones sociales.

El desarrollo de la racionalización científica disciplinó el cuerpo social y homogeneizó su comportamiento mediante las ciencias sociales, construyendo un individuo prototípico, o en términos de Marx “abstracto”, cuyas facultades sólo fueran aprehendidas a partir de sus aspectos más normalizados.

Esta nueva construcción del individuo fue indispensable para la creación e implantación de las nuevas ciencias estadísticas y demográficas, cuya función era la de diseccionar y estudiar a la población en sus aspectos más masificados y regulares, incluyendo también por supuesto y a efectos del presente trabajo la natalidad (y la mortalidad).

“También es posible observar que, desde el punto de vista del proceso de abstracción por el que pasa el individuo en la transición al capitalismo, el desarrollo de la «máquina humana» fue el principal salto tecnológico, el paso más importante en el desarrollo de las fuerzas productivas que tuvo lugar en el periodo de la acumulación primitiva. Podemos observar, en otras palabras, que la primera máquina desarrollada por el capitalismo fue el cuerpo humano y no la máquina de vapor, ni tampoco el reloj.” Federici (2010: pp. 201)

Por lo tanto, el Estado y la ciencia necesitaban de personas como capital ya fuera humano y/o experimental y a nivel ideológico la ciencia había impuesto un modelo mecanicista del ser humano que debía ajustarse a una normatividad determinada.

En el caso de las mujeres esto significa que el embarazo prototípico dura 40 semanas, que se induce a la 41, que se hacen X número de pruebas en distintos momentos que deben ajustarse a X parámetros, que al parir la mujer tiene que dilatar X centímetros en X tiempo, que si no lo hace intervendremos, que el bebé tiene que bajar, rotar, ascender/descender de X manera, si no lo hace intervendremos, que la alimentación del bebé pasa por una fórmula de laboratorio administrando X ml cada X tiempo, que la madre sólo tiene que cogerlo X minutos cada X tiempo, etc.

Que el bebé que tiene que nacer tiene que cumplir X requisitos (por eso insistimos tanto en los cribaje con el fin de que el bebé cumpla con el prototipo normativo, lo cual es una forma de eugenesia socialmente aceptada), una vez nacido tiene que engordar X gramos en X días, y un largo etcétera. Hay poco espacio para las particularidades personales. Como vemos la estadística y las ciencias sociales también se ponen al servicio de la reproducción humana de acuerdo con los intereses sociales.

En la medida en que sólo las mujeres pueden gestar y parir, ¿cómo podían controlar los hombres la reproducción? Podían hacerlo ideológica y técnicamente, que es lo que ha sucedido. De este modo las mujeres nos embarazamos y parimos bajo estricto control médico, siguiendo unas tablas temporales siendo receptoras de farmacología, intervenciones técnicas, en edificios y entornos que responden a necesidades que nos son ajenas.

De hecho, cada vez una parte más significativa de la reproducción tiene lugar en laboratorios. El parto ya se ha convertido en un acto eminentemente quirúrgico, siendo uno de los próximos "avances" científicos eliminar la gestación y el parto totalmente gracias a los intentos de ectogénesis y de desarrollar máquinas de extero-gestación.

2.5. Salud y ciudadanía

Alejandra Gómez (2006) reflexiona sobre cómo es necesario aplicar la mirada política a todos los ámbitos de nuestra vida, inclusive la salud, teniendo en cuenta no sólo su configuración

jurídica sino vinculándola necesariamente al ejercicio pleno de la ciudadanía:

“ [...] Las mujeres, a pesar de que estamos insertas cada vez más en el mercado laboral y en el sistema educativo, que cada vez más accedemos al mundo público y a cargos de decisión, no seremos ciudadanas plenas si nuestra salud y nuestro cuerpo siguen estando limitados y constreñidos por la opresión patriarcal.”

2.6. Breve introducción a la violencia obstétrica

“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación.” (Organización Mundial de la Salud, 2014).

A día de hoy, contamos con múltiples propuestas de definición para la violencia obstétrica, un concepto que surgió desde el activismo llegando a ser oficialmente reconocido por múltiples instituciones, tanto internacionales como nacionales.

Médicos del Mundo (2015) nos propone la siguiente definición: *“La violencia obstétrica son todas las acciones y conductas que deshumanizan y minimizan a las mujeres durante todo su proceso de embarazo, parto y la etapa posterior y son cometidas por el sistema de salud tanto público como privado. Este tipo de violencia se manifiesta a través de malos tratos, humillaciones, no proporcionando información sobre los tratamientos y tiene como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.”*

En su informe, el mencionado colectivo nos ofrece algunos ejemplos de lo que constituye violencia obstétrica poniéndolos además en relación con algunos porcentajes oficiales en España. Por ejemplo incluye hacer comentarios hirientes o ridiculizantes, impedir expresarse a las mujeres, no ofrecerles información, infantilizarlas, practicar intervenciones de forma rutinaria, ignorar los deseos y opiniones de las mujeres y sus familiares, presionar, etc.

Por su parte el Observatorio de Violencia Obstétrica en España nos propone la siguiente definición: *“Este tipo de violencia de género puede definirse como la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato*

jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”

Capítulo 3. Derechos de autonomía y consentimiento informado

3.1. Antecedentes y reflexiones desde la bioética

Existen distintos enfoques para abordar las relaciones entre profesionales sanitaria/os y usuarias/os¹⁵. Las teorías bioéticas distinguen de modo básico tres corrientes (Andorno, 1998):

La autoritaria, basada en el principio del bien del paciente. La persona profesional sanitaria decide de acuerdo a su formación y criterio clínico cuál es la manera de proceder respecto de la persona usuaria. El argumento esgrimido a favor de esta posición es que las personas no siempre saben “*lo que les conviene*”.

La autonomista, de acuerdo con la cual es la persona usuaria la que toma las decisiones respecto de qué es lo mejor para su salud y consiente tras haber sido informada. Se excluye pues el sometimiento a la voluntad médica.

También existe una posición intermedia basada en la idea de visión relacional del bien, de acuerdo con la cual las decisiones las toman conjuntamente mediante el diálogo la persona profesional médica y la usuaria.

Las críticas feministas también han introducido la perspectiva de las teorías del cuidado, argumentando que los principios abstractos de justicia en los que se basan la mayoría de teorías morales descuidan valores intrínsecos a las relaciones personales como por ejemplo la compasión, la fidelidad, el amor o la empatía. La ética de los cuidados pone el foco en atender las necesidades concretas de quienes nos rodean y nos llama a identificarnos con la perspectiva del otro (Andorno, 1998; Nodding, 1984).

En las últimas décadas las relaciones entre la humanidad y la ciencia, inclusive la medicina, han sufrido cambios importantes pues ahora el progreso biotecnológico no sólo está enfocado a las tareas curativas, también interviene en procesos vitales fundamentales fisiológicos (Casado González, 2002).

¹⁵ No hablo de pacientes dado que hoy en día la actividad médica es más amplia que la patología, siendo el embarazo y el parto en la mayoría de las ocasiones procesos fisiológicos.

Es en este contexto que surge la Bioética, tratando de poner en relación el conocimiento científico (y médico) con actitudes y políticas encaminadas a conseguir el bien social. En este contexto, el Derecho interviene en el proceso de elaborar y analizar las normas que deben regir en la intervención técnica de la persona sobre su propia vida (Casado González, 2002).

Lo anterior pasa necesariamente por reconocer la pluralidad de opciones morales existentes en las sociedades modernas a la par que se establezca un mínimo marco legal que permita la resolución de conflictos con suficiente grado de acuerdo.

Todo esto en un contexto social a menudo dividido entre quienes tienen una confianza y fe ciegas en el “progreso bienhechor” de la ciencia o quienes hacen alarde de una desconfianza radical hacia una ciencia que consideran deshumanizada (Casado González, 2002).

A grandes rasgos, en España pasamos de un modelo autoritario en el que se despojaba a la persona usuaria de su condición de sujeto racional y se la privaba de la capacidad de decidir su destino o de gestionar su salud, a un modelo autonomista de acuerdo con el cual la persona tiene capacidad de decisión así como de autogestión en relación con su salud si se le ofrece información veraz y adecuada y se le dan herramientas para ello.

La Constitución de 1978 ya establecía derechos fundamentales que garantizaban la autonomía personal, pero en nuestro país este cambio quedó consagrado claramente a partir de la Ley General de Sanidad de 1986.

También es interesante la perspectiva ofrecida por Domínguez Luelmo (2003) que nos habla del paso del imperialismo médico jurídicamente basado en convenios internacionales, códigos y legislación europea y nacional sobre deontología médica, cuyo foco eran los derechos y deberes médicos, al enfoque basado en poner en el centro a la persona usuaria, lo cual jurídicamente ha implicado la elaboración de tratados internacionales, convenios y normativa sobre derechos y deberes de las personas usuarias y pacientes.

En palabras de Casado González (2002), esta discusión en último término versa sobre la necesidad de llegar a un acuerdo sobre el estilo de vida por el que se opta y, en consecuencia, del tipo de sociedad que queremos construir.

En el momento en que nuestro derecho le reconoce capacidad jurídica y de obrar a una persona, para que su autonomía sea impedida deben existir causas legales demostradas.

Por supuesto pueden darse conflictos y crearse disfunciones, pero las discrepancias en cuanto a la manera de proceder, cuidar o de creencias respecto de lo que es una buena salud no pueden representar de manera sistemática límites a la autonomía de la persona destinataria de las intervenciones y su consiguiente imposición, como sucedía con el modelo autoritario.

Los propios tribunales han reconocido que existe una asimetría entre la figura de la autoridad médica y la persona usuaria, donde la primera está en una posición de poder respecto de la segunda, al margen de la regulación legal autonomista¹⁶.

3.2. Configuración legal en abstracto de los derechos de autonomía y consentimiento informado y particularidades en relación con el embarazo y/o parto¹⁷

El Convenio para la Eliminación de la Discriminación de la Violencia contra la Mujer (CEDAW) y su Recomendación General 24 “Mujer y Salud”, ambas suscritas por España, establecen que dado que sólo las mujeres pueden quedar embarazadas y necesitar tratamientos en salud materno-infantil, cuando se les niega, restringe u obstaculiza una atención de calidad y respetuosa con sus derechos se las coloca en una posición de desventaja y desigualdad y constituyen discriminación.

De acuerdo con el CEDAW y su Recomendación General 24 los servicios médicos de salud sólo cumplen con los criterios de no discriminación cuando garantizan el consentimiento previo de la mujer después de recibir una información adecuada y se respeta su dignidad e intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas.

También establecen que la discriminación opera de forma directa e indirecta, de modo que aunque la intención original no fuera discriminatoria sólo basta que el resultado lo sea para que ésta exista.

En 1997 el Consejo de Europa promulgó el Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y

¹⁶ STS (Sala de lo Civil) 2 diciembre 1996 (RJ 1996/8938)

¹⁷ Dado que este trabajo está centrado en los derechos de autonomía y consentimiento informado, me centraré exclusivamente en los mismos.

Biomedicina, también conocido como Convenio de Oviedo, donde los países firmantes afirman en su preámbulo ser conscientes de los rápidos avances de la biología y la medicina, y expresan su convencimiento de la necesidad de respetar al ser humano y garantizar su dignidad, dignidad que peligra mediante una práctica inadecuada de la medicina.

Es por ello que el Capítulo II de este texto está dedicado exclusivamente al consentimiento. El artículo 5 establece la norma general: *“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.”*

A continuación se establecen las excepciones a lo anterior: personas incapaces (artículo 6), personas que padecen trastornos mentales graves (artículo 7), situación de urgencia que impida obtener el consentimiento (artículo 8) y en relación a las urgencias se hace referencia a los deseos expresados anteriormente (artículo 9).

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01) en su artículo 3 prevé el derecho a la integridad de la persona y en especial, en el marco de la medicina el derecho al consentimiento libre e informado.

La Carta Europea de Derechos del Paciente del año 2002 regula en el artículo 3 el derecho a la información, con base en la que la persona prestará (o no) el consentimiento, definido como el *“prerrequisito para cualquier procedimiento y tratamiento”* (artículo 4) y hace mención expresa a la libre elección entre las distintas alternativas médicas propuestas (artículo 5).

La Constitución Española de 1978 en su sección primera regula los derechos fundamentales y las libertades públicas de la ciudadanía. Algunos de los derechos fundamentales que pueden verse afectados según la jurisprudencia¹⁸ son: a la integridad física (artículo 15), a la libertad ideológica o religiosa (artículo 16), a la libertad (artículo 17) o a la intimidad (artículo 18).

La Constitución Española de 1978 garantiza la autonomía cuando consagra la integridad

¹⁸ A lo largo del presente trabajo se citarán casos concretos.

física y moral y en relación a los mismos prohíbe los tratos inhumanos y degradantes (artículo 15).¹⁹

Todo lo anterior queda plasmado en la Ley 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Su capítulo II está dedicado exclusivamente al derecho de información y su capítulo IV al respeto a la autonomía.

Dentro del capítulo IV el artículo 8 se encarga del consentimiento y establece la norma general en su primer apartado: *“Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.”*

A continuación el artículo 9 establece los límites y excepciones a lo anterior, es decir, a la posibilidad de llevar a cabo intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente sin su consentimiento: riesgo para la salud pública por razones sanitarias establecidas por ley y riesgo inmediato grave para la salud de la persona sin ser posible recabar su consentimiento ni de sus familiares.

En cuanto a la autorización por representación, ésta se da en caso de incapacidad establecida mediante Sentencia Judicial, en el caso de la minoría de edad (dependiendo del grado de entendimiento) y cuando la persona usuaria no es capaz de tomar decisiones por su estado (y no es posible que un familiar las tome tampoco).

La Ley 44/2003 de Ordenación de las profesiones sanitarias establece en su artículo 5 los principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos, siendo el principio 1.º el siguiente:

“Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.”

¹⁹ En el caso RR vs. Polonia (no. 27617/04, 26 mayo 2011) el Tribunal Europeo de Derechos Humanos sentenció que el abuso y la humillación a las mujeres dentro del ámbito de la salud reproductiva puede equivaler a tratos inhumanos y degradantes en violación del Convenio Europeo de Derechos Humanos.

A nivel jurisprudencial también se ha dejado patente que la vulneración del deber de obtener el consentimiento informado no sólo es una vulneración de derechos humanos fundamentales sino que también constituye una infracción de la *lex artis ad hoc*²⁰ (STS Sala 1ra, de 29 de julio del 2008) (STS Sala 1ra, de 26 de septiembre del 2000), es decir, el incumplimiento de esta obligación convierte la actuación médica en no autorizada, ilícita, y no admite el frecuente argumento médico de que una persona media debidamente informada hubiera consentido (Sanz Mulas, 2012).

El consentimiento informado no es compatible además con lo que la doctrina y jurisprudencia han calificado de consentimiento desinformado y consentimiento aparente (Domínguez Luelmo, 2003).

Por otra parte, debemos tener en cuenta que la atención médica del embarazo y del parto en la gran mayoría de los casos no se enmarca en el ámbito de la medicina terapéutica, sino en el de la medicina satisfactiva²¹, donde el respeto a los derechos debe ser aún más riguroso (Domínguez Luelmo, 2003). La mujer no es a priori “paciente” en cuanto a la atención sanitaria recibida en el marco del embarazo o parto, pues estos suelen ser procesos fisiológicos.

Por lo tanto, de acuerdo con todo lo anterior, el derecho de autonomía y al consentimiento informado corresponde a una persona adulta y capaz, no siendo el hecho de ser una mujer embarazada excepción a lo anterior, es más, siendo esta circunstancia motivo de especial protección de acuerdo con el CEDAW y su Recomendación General 24 por la discriminación que sufrimos las mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva.

3.3. Derechos de autonomía y consentimiento informado androcéntricos

Hoy en día existe consenso entre las feministas entorno a que el Derecho está situado en una perspectiva androcéntrica de la justicia. Pero al margen de las teorías de corte radical que defienden una ruptura con las estructuras de poder, dentro del feminismo (de corte más liberal) ha habido también una variedad de análisis sobre lo que significa una justicia androcéntrica o cómo construir una justicia no androcéntrica (Bodelón, 2010), todos ellos muy interesantes y que a mi parecer han

20 *Lex artis ad hoc*: Diligencia empleada por el buen especialista, que se deriva de su específica preparación científica y práctica, siempre desde la óptica del actual estado de la ciencia (STS, Sala Civil 31 julio 1996)

21 Medicina terapéutica es aquella que actúa ante una determinada patología mientras que la satisfactiva no se presta para la curación de una dolencia patológica concreta, sino por ejemplo para transformar una actividad biológica o mejorar el aspecto físico o estético de un cuerpo sano. STS (Sala de lo Civil) 759/2002 de 29 de junio.

aportado nuevas perspectivas y categorías de análisis muy valiosas para la ciencia jurídica.

Por primera vez en el siglo XVIII bajo el influjo ideológico del individualismo iusnaturalista, se hizo coincidir la noción de hombre como dato “natural” con la noción de “persona” o “sujeto” como dato jurídico, sosteniéndose que todo hombre sería portador de derechos subjetivos, todos estos reconducibles a su capacidad de querer (Carpintero, 1987).

El Derecho natural es una corriente jurídica que defiende que establece un sistema de derechos subjetivos con base en sus derechos innatos, todos ellos basados en la libertad, fundamento y/o condición de cualquier otro derecho.

Los derechos subjetivos protegen la voluntad de querer. Este sistema jurídico se articula en torno a la figura nueva del sujeto de derecho, entendido no como aquel sometido a una regulación jurídica (tal y como defendían posiciones de Derecho positivo o histórico), sino como ser pensante y sobre todo, con voluntad libre e indeterminada (Carpintero, 1987).²²

El derecho de autonomía y el derecho de consentimiento informado tienen su origen en esta concepción del individuo digno en tanto libre, lo cual en el caso de las mujeres resulta problemático por diversas razones:

La mujer estaba expresamente excluida de todos estos “avances” y principios de igualdad, libertad y propiedad, éstos habían quedado reservados al sexo masculino adulto blanco, el único que encajaba con la definición de individuo que he descrito. No éramos libres, pues estábamos sujetas a instituciones tales como la *cura sexus* y/o la *cura maritalis*²³, es decir, siempre había un hombre que nos representaba jurídicamente.

Ello era porque no se nos consideraba seres racionales y por ende capacitadas para tomar nuestras propias decisiones, se nos asemejaba a un estado anterior y primitivo de

22 Fue la Pandectística alemana la que en el siglo XIX pretendió – en lo que luego se denominó su “gran ilusión” - traspasar desde el plano filosófico iusnaturalista al plano jurídico-positivo la idea del individuo como sujeto de Derecho con todos sus atributos y predicados, especialmente con su capacidad de querer, de modo que el sistema jurídico fuera desarrollado sobre esa figura (Carpintero, 1987).

23 *Cura sexus*: tutela jurídica de varón de las mujeres por razón de sexo, afectando tanto a solteras como casadas (orden de la naturaleza). *Cura maritalis*: Representación del marido respecto de la esposa en todos los ámbitos (orden social). (Bock, 2002)

naturaleza. Es decir, las mujeres no éramos sujetos políticos ni jurídicos, no estábamos incluidas en la ciudadanía (Bock, 2002).

Por otra parte, tal y como pone de manifiesto Katrine Marçal (2016: pp. 155), el concepto de individuo en el que está fundada nuestra sociedad se corresponde con una idea muy concreta que tiene que ver con lo indivisible, es decir, *“la parte más pequeña en la que puede dividirse la totalidad de nuestra sociedad(...)*

Una de las características más significativas de la mitad de los miembros de la especie humana es, precisamente, que son divisibles.

No todas las mujeres pueden dar a luz. No todas las mujeres quieren dar a luz. No obstante, lo que diferencia el cuerpo femenino del masculino es su capacidad para poder hacerlo. Gracias a lo cual una persona puede dividirse y convertirse en dos. Es así como todos hemos venido al mundo. Naciendo de otra persona. Viviendo de esa otra persona, dentro de esa persona y gracias a esa persona.” (Marçal, 2016: pp. 155).

Por lo tanto, tal y como nos han puesto de manifiesto las críticas feministas, a pesar de que el Derecho se nos presenta como neutro y asexuado en realidad es androcéntrico y responde a una idea de sujeto de derechos androcéntrica, es decir, cuyo punto de referencia son las necesidades de un varón, adulto, blanco, etc.

Decía Zabala (2009: pp. 76) que *“Cuando hablamos del Derecho, de los derechos, siempre está implícito el sujeto para quien se está legislando, en definitiva, el señalamiento del sujeto del derecho que va ser el titular de los derechos”*.

El derecho de autonomía y el derecho al consentimiento informado protegen la integridad y la dignidad de un sujeto de derechos pensado en masculino y esto es importante en relación a la reflexión que hace Katrine Marçal (2016), en la medida en que el sujeto de derechos masculino es indivisible, es decir, no se reproduce.

Los derechos de autonomía y de consentimiento están pensados para una persona que tiene que decidir respecto de intervenciones y/o actuaciones médicas más o menos peligrosas dirigidas a su propio cuerpo, sopesando beneficios y riesgos respecto de su propia salud, lo que sería el caso de

los hombres.

El conflicto aquí aparece cuando estos derechos operan en relación con una persona a la que se le plantean intervenciones y/o actuaciones médicas sobre su propio cuerpo, con beneficios y riesgos para su propia salud, pero respecto de las cuales el/la destinatario/a final en realidad no es ella sino el bebé. Estoy hablando de una mujer embarazada y/o de parto.

A todo esto debemos añadirle el sexismo que todo lo permea en una sociedad patriarcal: a nivel jurídico, médico y/o social tras siglos de cuestionamiento de la capacidad de raciocinio de las mujeres, de cómo nuestras hormonas afectan a nuestro poder de decisión, de la patologización de nuestros procesos reproductivos, de paternalismo e infantilización, de autoridad masculina, etc. (Bock, 2002).

No es por tanto de extrañar que se produzcan disfunciones importantes a la hora de hacer valer los derechos de autonomía y consentimiento informado respecto de las mujeres embarazadas, cuando son derechos pensados para hombres.

Decía Carpintero (1987) que la libertad apareció como un derecho, el más básico, y que la naturaleza común de todos funciona como razón suficiente de la igualdad, ya que supuesta la misma razón, es decir, la misma naturaleza, se aseguraban los mismos derechos.

Lo cual concuerda con la denuncia de Alda Facio (1992) cuando afirmaba que esta manera de concebir la igualdad garantiza que seremos tratadas como seres humanos plenos sólo en el tanto y en el cuanto seamos semejantes a los hombres y seremos tratadas desigualmente en todo lo que nos diferencia.

Bajo este patrón las leyes se consideran neutrales, genéricas, iguales para ambos sexos cuando nos correspondemos con el ser masculino pero cuando no nos correspondemos entonces se dictan leyes especiales (Facio, 1992).

Siguen apareciendo regulaciones específicas para garantizar nuestros derechos fundamentales, como por ejemplo la legislación latinoamericana²⁴ sobre violencia

²⁴ Venezuela: artículo 51 Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de 19 de marzo de 2007. Argentina: ley 25.929 de 25 de agosto de 2004. México: Desde el 30 de abril de 2014 el Senado de la República aprobó modificar la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una

obstétrica²⁵ o el Convenio sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas firmado en 1979 lo que confirma que el Derecho neutral/general es en realidad masculino, que ellos siempre son el punto de referencia, sólo ellos pueden ser tratados como seres humanos plenos.

El hecho de que en términos generales las mujeres puedan embarazarse y parir y los hombres no, significa que tenemos distintas necesidades, pero no presupone que debido a esas diferencias, las necesidades masculinas deban ser entendidas como las necesidades de los seres humanos y las de las mujeres como necesidades específicas propias.²⁶

3.4. Protocolos médicos en relación con los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y/o parto

Un protocolo es un documento de organización a nivel interno y de recursos humanos en un centro hospitalario. Se trata, en todo caso, de reglar las actuaciones profesionales de un colectivo de acuerdo con la misión, la visión y la jerarquía de valores de la empresa a la que sirven (Saez, 2011).

Además, se presume que un protocolo actual y elaborado con las máximas garantías se corresponde con la *lex artis ad hoc*²⁷, pues incluye las mejores evidencias disponibles, para luego ser seleccionadas e individualizadas convenientemente, acorde al conocimiento y juicio clínico de la persona profesional (Aguirre Raya y Hernández Jiménez, 2014).

Aún así debemos tener en cuenta que cada protocolo es en sí mismo una interpretación del estado de la ciencia y la técnica, lo cual explica las múltiples variaciones (incluso disparidades y contradicciones) que se dan entre protocolos para un mismo acto sanitario en cada centro hospitalario de un mismo país, comunidad autónoma o incluso ciudad, o las variaciones entre los protocolos sugeridos desde las instituciones y desde los propios centros sanitarios.

Vida Libre de Violencia tipificando como delito cualquier acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

25 A pesar del conflicto generalidad (masculina) vs. especificidad (femenina) en mi opinión estas normativas son interesantes en la medida en que al usar terminología explícita rompen con la invisibilización patriarcal en relación con las experiencias y necesidades de las mujeres.

26 Digo en términos generales porque aunque lo habitual es que sea una mujer la que se embarace y dé a luz, existen también hombres o personas que no se identifican con cánones binarios que tienen útero y vagina.

27 *Lex artis ad hoc*: Diligencia empleada por el buen especialista, que se deriva de su específica preparación científica y práctica, siempre desde la óptica del actual estado de la ciencia (STS, Sala Civil 31 julio 1996)

En caso de litigiosidad un protocolo puede ser aportado como prueba en tanto se presume que recogen la *lex artis*, presunción que puede ser refutada.

Aún adecuándose totalmente un protocolo a dicha *lex artis*, prevalecen los derechos de autonomía y consentimiento informado de las personas usuarias, que pueden aceptar y/o rechazar la aplicación de las intervenciones propuestas (de forma individual y/o en bloque) y optar por alternativas distintas.

El embarazo y el parto no son excepciones a lo anterior y en consecuencia las mujeres pueden apartarse de los protocolos y elegir otras opciones que consideren más adecuadas a su caso concreto.

3.5. Posibilidad de intervenir a una mujer por el bien de su bebé habiendo ésta ejercido su derecho a rechazar la intervención propuesta

“Como sociedad, a través del Parlamento, hemos ordenado a los médicos que se abstengan de decidir sobre la vida y la integridad física y moral de las personas a las que cuidan. Hemos decidido que sólo la propia persona puede decidir sobre su propia salud y su propio cuerpo y lo hemos plasmado en leyes y convenciones: el sacrificio de la integridad física y moral no puede exigirse por la fuerza, sólo puede darse por amor.

Por eso no está permitido extraer un órgano a una persona viva para salvar la vida de otra sin su consentimiento. En cuanto a los menores e incapaces, hemos llegado a la conclusión de que quienes más los quieren suelen ser sus padres y familiares, más aún que sus médicos, motivo por el cual hemos otorgado la patria potestad y la representación a los primeros y no a los últimos.[...]

Si los médicos para decidir operar a una embarazada no necesitan de la voluntad de esa persona, si basta con tener como excusa el bien de su hijo ¿por qué no detener y llevar por la fuerza a la mesa de operaciones a los padres cuyos hijos necesiten un transplante de riñón o de hígado para sobrevivir?”

Francisca Fernández (2014)

3.5.1. Legalidad y jurisprudencia

De acuerdo con lo descrito en el apartado 3.2. del presente trabajo, el marco normativo es claro: el prerequisite indispensable para que una intervención médica sea autorizada y lícita (al margen de su procedencia clínica o no) es el consentimiento informado, es decir, el respeto a la autonomía de la persona destinataria de dicha intervención. Este consentimiento informado incluye rechazar intervenciones, aún cuando existan consecuencias mortales.

Las excepciones a lo anterior que se prevén tanto en el ámbito internacional (por ejemplo Convenio de Oviedo) como en el español (ley 41/2002) no incluyen el estar embarazada, sino que tal y como he referido anteriormente, estar embarazada o de parto es un momento de especial protección de acuerdo con el CEDAW.

El artículo 9 de la ley española 41/2002 sobre autonomía del paciente establece límites basados en los riesgos para la salud pública y siempre por razones establecidas legalmente, así como que exista un riesgo inmediato y grave para la salud y no sea posible recabar el consentimiento de la propia persona o sus familiares (por ejemplo que esté inconsciente).

Una de las excepciones importantes a efectos del presente trabajo es aquella según la cual la persona padece un trastorno y/o circunstancia con afectación a nivel mental grave que hace que no tenga capacidad para decidir.

Pero como ya hemos establecido una mujer embarazada con plena capacidad para decidir debe consentir a una intervención sobre su propio cuerpo después de haber recibido la información pertinente, aún cuando su decisión contradiga lo que el equipo médico considere que sería la mejor forma de proceder para el bebé.

Por lo tanto la respuesta legal es clara: Una mujer no incapacitada mentalmente no puede ser intervenida en contra de su voluntad, tampoco amparándonos en un supuesto bien del bebé que lleva en el vientre.

En cuanto a jurisprudencia, nuestro Tribunal Constitucional define el consentimiento informado en los siguientes términos en la STC 37/2011 de 28 de marzo que a su vez cita jurisprudencia europea:

“El consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad.

Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas.

Ésta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo, posibilidad que ha sido admitida por el TEDH, aun cuando pudiera conducir a un resultado fatal (STEDH de 29 de abril de 2002, caso Pretty vs. Reino Unido) y también por este Tribunal (STC 154/2002, de 18 de julio).”

El mismo Tribunal Constitucional dice en la STC 37/2011 de 28 de marzo: “[...] para que esa facultad de consentir, de decidir sobre los actos médicos que afectan al sujeto pueda ejercerse con plena libertad, es imprescindible que el paciente cuente con la información médica sobre las medidas terapéuticas, pues sólo si dispone de dicha información podrá prestar libremente su consentimiento, eligiendo entre las opciones que se le presenten, o decidir, también con plena libertad, no autorizar los tratamientos o las intervenciones que se le propongan por los facultativos.”

También el Tribunal Supremo afirmaba en Sentencia de 4 de abril de 2000 que “desde el punto de vista del principio de autonomía personal, esencial en nuestro Derecho, que exige que la persona tenga conciencia, en lo posible y mientras lo desee, de la situación en que se halla, que no se la sustituya sin justificación en el acto de tomar las decisiones que le corresponden y que se le permita adoptar medidas de prevención de todo orden con que la persona suele afrontar los riesgos graves para su salud.”

Vemos pues que los derechos de autonomía y de consentimiento informado en el ámbito médico forman parte del catálogo de derechos fundamentales, constitucionales y humanos de una

persona que afectan tanto a su cuerpo como a su dignidad.

Debido a su condición de derechos fundamentales su restricción debería ser algo totalmente motivado y justificado. Y en cualquier caso tanto el Derecho como la jurisprudencia amparan, que una persona se niegue a intervenciones sobre su cuerpo aún cuando el resultado fuera la muerte²⁸.

Es más, no sólo la legislación prevé el embarazo y parto como momentos de especial protección dada la vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos y el riesgo de discriminación que sufrimos las mujeres no sólo en general también en el ámbito de la salud.

En distintas ocasiones en que los Tribunales se han enfrentado a casos en relación con el embarazo, el parto y la autonomía y consentimiento de las mujeres, sus decisiones han implicado extender la protección también a estas situaciones.

Por lo tanto, el hecho de que una mujer esté embarazada o de parto no supone un límite a sus derechos fundamentales en relación con su salud sino bien al contrario, su ampliación.

Por ejemplo, a nivel europeo contamos con la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos del caso Konovalova vs. Rusia²⁹. La señora Konovalova parió en presencia de médicos residentes y estudiantes que habían sido informados de su situación clínica y tratamientos en contra de su voluntad expresa. El hospital argumentaba que al tratarse de un hospital universitario, en el momento en que ella acudió a dicho centro aceptaba esta tarea docente y no podía negarse a la misma.

El TEDH le dio la razón a la mujer estableciendo que el cuerpo de una persona es la parte más íntima de su vida privada y que una intervención médica no consentida puede ser una interferencia a su derecho a la integridad física.

En el caso Ternovszky contra Hungría³⁰, el mismo Tribunal Europeo estableció que las

28 Muerte propia o ajena. La ley por ejemplo tampoco ampara extraer un órgano sano (y prescindible vitalmente, por ejemplo un riñón) en contra de la voluntad de su propietario/a para salvar a otra persona, aunque esta otra persona sea un/a familiar cercano/a. Tampoco ampara extraer sangre de personas en contra de su voluntad para posteriormente salvar vidas.

29 Stcia. del TEDH de 9 de octubre de 2014 no. 37873/04

30 Stcia. del TEDH de 14 de diciembre de 2010 no. 67545/09

mujeres tenemos el derecho humano fundamental a elegir las circunstancias en las que tendrá lugar nuestro parto.³¹

De acuerdo con todo lo anterior, una mujer embarazada y/o de parto no puede ser intervenida médicamente habiendo expresado su rechazo, ni puede ser obligada a recibir un tipo de atención determinada que entre en colisión con su voluntad.

3.5.2. Discursos sanitarios desde la academia

Existen dos estudios muy interesantes sobre esta materia, uno de carácter norteamericano llevado a cabo por Terri-Ann Samuels *et alt.* en el año 2007 titulado *Obstetricians, health attorneys and court ordered cesarean sections* y otro de carácter europeo a cargo de Marine Cuttini *et alt.* del año 2006 titulado *Patient Refusal of Emergency Cesarean Delivery: A study of obstetricians attitudes in Europe*.

Ambos estudios tratan de reflexionar acerca de cómo aumentan los casos de obstetras que ante la negativa de una mujer de someterse a una cesárea en lo que ellos perciben como una situación de riesgo acuden a los Tribunales para conseguir una orden judicial para intervenir.

Este aumento fue especialmente significativo entre 1980 y 1990. Aunque versan sobre cesáreas en mi opinión en último término se trata de cómo proceden los obstetras en el caso de que exista discrepancia entre su criterio clínico y la voluntad de la mujer en una situación que perciben de riesgo para el bebé.

En Estados Unidos se practica una medicina altamente defensiva y el ámbito obstétrico es especialmente significativo en la medida en que es el país industrializado que más recursos destina a la atención médica obstétrica en cambio arroja los peores resultados de morbilidad materno-infantil³². Esto se debe en gran parte (por lo menos en el caso de las mujeres blancas) a la

31 La Sra. Ternovszky quería dar a luz a su casa pero se enfrentaba a muchas dificultades para conseguir que un equipo la atendiera. Hungría persigue a las comadronas que prestan asistencia domiciliaria, conocido y mediático es el caso de encarcelamiento y persecución de la comadrona húngara de parto domiciliario Agnès Gereb.

32 A efectos de interseccionalidad mencionar que las mujeres blancas y negras mueren en los partos estadounidenses, pero por distintas razones: las negras mueren por el difícil acceso a una atención sanitaria decente en un país donde la cobertura no es universal; las blancas mueren por exceso de medicalización (mueren más mujeres negras que blancas).

iatrogenia³³³⁴.

Diez años después, en el 2015, después de medicalizar todavía más el embarazo y el parto y practicar una medicina defensiva la situación no ha mejorado sino empeorado: Por ejemplo en Texas la mortalidad materna pasó de ser 17,7 entre 100.000 nacimientos a 35,8, es decir, se dobló. En el mismo período Alemania tenía una mortalidad de 4,1 por cada 100.000 mujeres. California obtuvo de los mejores resultados pasando de las 21,5 muertes por 100.000 en 2003 a 15,1 en 2014, pero permaneciendo en una franja alta (MacDorman et al. 2016).³⁵

El Alto Tribunal del Distrito de Columbia estableció que correspondía a la embarazada decidir y mencionó expresamente que el conocimiento médico tiene límites y que el criterio clínico no es infalible.

Hay otras sentencias norteamericanas donde se prohíben intervenciones médicas sin consentimiento de la persona destinataria a pesar de que la beneficiaria sea un niño.³⁶ Es más, en la mayoría de los casos que los médicos trataban de obtener una orden judicial la predicción del daño o riesgo era insuficiente.³⁷

En ellos se establece claramente que en caso de existir conflicto entre la madre y la persona profesional sigue operativo el derecho de autonomía de la primera aún cuando se perciba riesgo o peligro a criterio médico, y que la persona profesional en caso de no poder transferir a la mujer debe seguir proporcionando cuidados según los deseos de la paciente, al margen de las consecuencias.

En el caso del estudio de Terri-Ann Samuels *et al.* se hizo un sondeo respecto de obstetras y

33 Iatrogenia : La Iatrogenia es aquel daño que el enfermo no tenía y que tiene por causa el propio médico, o en un sentido más amplio, el que se deriva de la atención médica. (Acosta Piedra y Piedra Herrera, 2011)

34 Por cierto, ya en 1995 el Center for Disease Control de los Estados Unidos ponía de manifiesto que el riesgo de mortalidad en el parto había sido históricamente más alto para las mujeres negras en comparación con las blancas, y que el objetivo de 5 muertes por 100.000 sólo había sido conseguido para las blancas mientras que por ejemplo para las mujeres negras el ratio era de 18,6 por 100.000, más del triple.

35 Y volviendo al estudio de Terri-Ann Samuels *et al.*, éste parte de que tanto la legislación como la jurisprudencia establece que las cesáreas por orden judicial deberían ser la excepción, pero a pesar de ello siguen sucediéndose y además el número de casos va en aumento.

36 ¿Podría un juez obligar a un padre a donar su riñón a su hijo pequeño tras comprobarse que son compatibles?
¿Denunciarían los profesionales sanitarios a este padre? Claramente la respuesta es no.

37 El propio American College of Obstetricians and gynecologists (ACOG) ha elaborado documentos en el que se abordan los conflictos entre voluntad materna y criterio clínico (2004, 2005, 2016). Es más, también dice la ACOG que el uso de la autoridad judicial para imponer intervenciones que supuestamente buscan proteger al feto violenta la autonomía de la mujer y debe ser evitado.

su nivel de proclividad a buscar órdenes judiciales para imponer su criterio clínico. Los resultados son variables y dependen en gran medida de las características personales no sólo del profesional, también de la mujer a la que estén atendiendo.

Por ejemplo, en los casos de cesárea por orden judicial sin el consentimiento informado de la mujer³⁸, la mayoría de mujeres a las que se dirigía la orden eran negras, pobres, o no hablaban inglés. Esto es a mi parecer de suma importancia desde el punto de vista de la interseccionalidad.

De entre los y las obstetras, eran menos proclives a buscar una orden judicial para realizar una cesárea cuando percibían riesgo para el bebé si la mujer era abogada, si el bebé tenía Síndrome de Down, si el marido estaba de acuerdo con la mujer, si aumentaba el riesgo de vida para la madre y por motivos religiosos.

El estudio europeo de Cuttini et al. (2006) llega a similares conclusiones cuando termina por afirmar que los derechos de las mujeres dependen de la suerte de los y las profesionales obstétricos que las atiendan.

Del mismo modo es pesimista cuando relata que las guías profesionales para favorecer la autonomía de las mujeres no han solucionado los conflictos éticos que puedan surgir y tampoco han implicado la aceptación en Europa del derecho a decidir de las mujeres durante su embarazo y su parto.

Uno de los extremos más interesantes de este estudio a mi parecer es el hecho de que ha analizado siete países europeos (Francia, Alemania, Italia, Luxemburgo, Holanda, España, Suecia y Reino Unido) entre los cuales se establece una clara diferencia.

De este modo, los y las profesionales de España, Francia e Italia eran más proclives a no respetar la voluntad de la mujer e imponer su criterio clínico para “proteger” al feto; mientras que Reino Unido, Suecia y Holanda eran los más partidarios de aceptar la voluntad de la mujer y asistir el embarazo y el parto de acuerdo a la misma, aunque fuera contradictoria con el criterio clínico.

El primer bloque de países menos respetuoso se identifica con ideologías de tipo más “pro

38 Me parece significativo que el artículo hable de “ausencia” de consentimiento cuando de lo que estamos hablando es de un rechazo a la intervención y/o una negativa a consentir.

vida” tal vez en relación con una mayor preponderancia de la religión católica. En cambio, ni en Reino Unido ni en Suecia el feto tiene estatus legal.

Es más, un obstetra perteneciente al bloque de países no respetuosos mencionaba durante el estudio la posibilidad de sedar a la mujer para que ésta no opusiera resistencia.

El estudio una vez más pone de manifiesto cómo afecta el posicionamiento y las circunstancias personales de el o la profesional sanitario/a respecto de su actitud frente a la voluntad de la mujer.

De acuerdo con el mismo, estar casada/o o convivir con una pareja, no considerar la religión importante y trabajar en un ambiente vinculado a la universidad son factores que aumentan las probabilidades de que la persona proveedora sanitaria acepte la autonomía de la mujer. En sentido contrario, ser mayor de treinta años, ser jefa/e, rotar durante más de un año o trabajar a tiempo parcial hace disminuir las probabilidades.

3.5.3. Propuestas ante el conflicto

Andrew Kotaska (2017) publicó una guía ética práctica en relación con los derechos al consentimiento informado y al rechazo en la obstetricia. Kotaska parte de la base de que las mujeres tienen el derecho fundamental a la integridad corporal y en consecuencia a la autonomía. Al mismo tiempo los y las profesionales del ámbito de la salud se deben a los principios de beneficencia y no maleficencia.

El autor reconoce que normalmente existe acuerdo siendo entonces el consentimiento directo, pero puede suceder que la mujer rechace la propuesta obstétrica y solicite otra forma de proceder, lo cual produce tensiones éticas entre las partes que pueden mermar la comunicación e incluso poner en peligro la atención sanitaria.

Las y los profesionales creen que si aceptan lo que la mujer les propone pueden incurrir en responsabilidades éticas y legales. Es por ello que a menudo coaccionarán a la mujer para aceptar una intervención. Pero como dice Kotaska *“La coacción impide el consentimiento y el abandono de la asistencia no es profesional”*.

La guía hace llega a un conjunto de conclusiones y propuestas para casos de conflicto obstétrico. Por un lado, tener claro que la autonomía de las mujeres siempre se impone ante la beneficencia tanto médica como estatal y que tanto la coacción como el abandono sanitario de mujeres son éticamente inadecuados en un sistema sanitario moderno.

Las y los proveedores sanitaria/os deberían asumir que un parto no es una intervención en sí misma y a la vez abstenerse de practicar intervenciones de riesgo. También deberían tener claro que cumplir con su deber profesional incluye asistir a una mujer que rechaza sus propuestas y ello no implica estar de acuerdo con su decisión, que es responsabilidad de la mujer no del/la profesional.

Por último se conmina a revisar y editar guías de actuación obstétricas que no sólo incorporen la práctica clínica, sino que también estén centradas en las personas usuarias y en su derecho fundamental a la autonomía.

3.6. Casos conocidos

3.6.1. Alessandra Pachieri (Reino Unido)

En el año 2012 Alessandra Pachieri, mujer italiana embarazada de 35 años, estaba de viaje por trabajo en Gran Bretaña cuando sufrió un ataque de pánico y decidió llamar a la policía para que la ayudaran. Aparentemente tenía un diagnóstico de bipolaridad y últimamente no se había tomado la medicación. La policía la llevó directa a un psiquiátrico del que ya no pudo salir bajo la Mental Health Act.

Allí permaneció durante cinco semanas en las que estuvo altamente sedada hasta que las autoridades consiguieron una orden para practicarle una cesárea en contra de su voluntad y sin que ella supiera que se le iba a practicar. Cuando despertó ya la habían operado y al bebé ya se lo había llevado Servicios Sociales para ser dado en adopción (Chen, 2013) (Dugan, 2013).

Este caso conmocionó al Reino Unido y tuvo una alta repercusión mediática, además de ser debatido en el Parlamento. Son muchos los interrogantes de tipo obstétrico, jurídico e institucional que se han planteado, centrándose muchas de las críticas en la forma opaca y no transparente de proceder de los Tribunales de familia y de los Servicios Sociales.

En principio, dado que una persona sufriendo un brote psiquiátrico grave puede ver impedida su capacidad para tomar decisiones, procedería en este caso excepcional los derechos de autonomía y consentimiento informado.

Pero como ya se planteó tanto en los medios como en el Parlamento británico, son muchas las dudas entorno a este caso. Alessandra Pachieri estuvo cinco semanas ingresada en el hospital psiquiátrico, tiempo suficiente para incapacitarla jurídicamente y para contactar con familiares y allegados que pudieran tomar decisiones.

Además, parece ser que el equipo médico no aportó pruebas de cuáles eran los beneficios de una cesárea frente a los riesgos de intentar un parto vaginal. También se han denunciado irregularidades en el hecho de que la niña fuera dada directamente en adopción a pesar de que había familiares y amistades dispuestas a cuidar de ella mientras la madre se reponía. Alessandra Pachieri está a día de hoy estable psiquiátricamente pero no ha logrado recuperar a su hija.

De cualquier modo cuando la ley excepciona los derechos de autonomía y consentimiento informado de una persona lo hace para que quien pase a tomar las decisiones lo haga salvaguardando su bienestar y sus mejores intereses.

Aún aceptando que en el caso de Alessandra Pachieri se cumplía la excepción al consentimiento informado me parecen fundadas las críticas en torno a si quienes la sustituyeron contribuyeron a su mejor salud y bienestar.

3.6.2. Caso Rosa (Cataluña, España)

En junio de 2016 Rosa³⁹, mujer migrante latinoamericana, se encontraba al final de su embarazo y en pródromos de parto habiendo realizado y realizando los correspondientes seguimientos y controles con la debida periodicidad en el hospital parc Sanitari Sant Joan de Déu de Sant Boi.

Le fue propuesta una inducción que ella rechazó, pues no existía sufrimiento fetal ni riesgo en su caso particular que justificara los riesgos reales de una inducción medicamentosa del parto, manifestando que si llegado el momento existía un problema concreto accedería a las

39 Este nombre es ficticio, con el fin de preservar su intimidad.

intervenciones médicas que procedieran.

Ante su rechazo expreso a la inducción, las dos ginecólogas responsables del caso recurrieron a la justicia alegando peligro inminente para el bebé y malos tratos perinatales para conseguir una orden judicial, que conllevó que los Mossos de Esquadra se personaran en su domicilio y la condujeran al centro sanitario donde la esperaba una comitiva judicial.

Finalmente Rosa fue inducida más de seis horas después de su llegada al hospital. A pesar de ello, Rosa decidió no denunciar (Quelart, 2016).

Este caso es un ejemplo de discrepancia entre el criterio médico obstétrico y el materno. Rosa trataba de evitar los riesgos concretos y reales de una inducción al parto mientras no existieran riesgos concretos y reales que la justificaran en relación con su gestación: trataba de proteger a su bebé.

En su momento hubo una gran repercusión mediática. El abogado especialista en Derecho Sanitario, Ricardo de Lorenzo (2016), escribió dos artículos para un rotativo sanitario justificando los hechos. En ellos, hacía un repaso de la legalidad vigente, reconociendo la afectación de derechos fundamentales y admitiendo que ante la ausencia de consentimiento se vulnera la *lex artis*.

Pero a continuación citaba la Children's Act Británica, no aplicable a España y que en todo caso mientras el Reino Unido pertenezca a la Unión Europea deberá ser interpretada según la doctrina del Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Concluía que forzar una inducción está justificado por el interés superior de la menor.

El problema es que en el caso Rosa no había una menor, jurídicamente hablando. El propio de Lorenzo parece ser consciente de dicha contradicción, pues aunque cita abundante jurisprudencia sobre dicho interés superior del menor, acaba manifestando que “*no se trataba de un menor*”.

Además, toda la legislación que de Lorenzo cita, inclusive la del menor, está prevista para intervenciones propuestas sobre un cuerpo determinado, el del menor o la menor a proteger, no intervenciones sobre el cuerpo de terceras personas, en este caso el de su madre.

Por lo tanto, no había menor. Pero sí había una mujer embarazada, cuyos derechos sexuales y reproductivos en este contexto gozaban de especial protección de acuerdo con los Tratados Internacionales. Y tal y como afirma de Lorenzo fundamentándose en la legislación y la jurisprudencia, la ausencia de consentimiento implica la vulneración de la *lex artis*.

3.6.3 Health Service Executive vs. Ms. B and Baby B (Irlanda)⁴⁰

En Noviembre de 2016 el Sistema de Salud Irlandés (Health Service Executive, en adelante HSE) demandó ante los tribunales a la señora B (en el juicio el bebé B consta como tercera parte interesada).

La señora B había parido quirúrgicamente a sus tres hijos anteriores, razón por la cual los médicos la instaban a programar una cesárea debido al supuesto riesgo de ruptura uterina en caso de parto natural y alegando que en caso de intentarlo existía la posibilidad de terminar en una cesárea de emergencia. Los obstetras aportaron pruebas médicas del supuesto riesgo.

Además el obstetra a cargo de la atención de Ms. B admitió no tener entrenamiento médico para atender un parto vaginal a partir de dos cesáreas y que en cualquier caso ningún profesional ni hospital en Irlanda estarían dispuestos a atender dicho parto⁴¹.

Ante esto la defensa letrada de la señora B aportó las Recomendaciones del Colegio de Ginecólogos y Obstetras tanto de Reino Unido como de Irlanda, ambas en el mismo sentido: que puede intentarse un parto vaginal después de múltiples cesáreas y que las revisiones existentes en multiestudios han demostrado que el riesgo de ruptura uterina no es significativamente mayor por el número de cesáreas.

El Tribunal en el apartado 8 manifiesta *“no entender por qué la Sra. B iba a querer asumir un riesgo innecesario con posibles graves consecuencias”* pero a continuación continua diciendo que *“De todos modos, en el presente caso la cuestión está en si puede ser forzada, en contra de su voluntad, a someterse a una intervención quirúrgica aún cuando sea en su interés y en el interés de su hijo no nacido. Esto es porque las personas regularmente asumimos riesgos innecesarios,*

40 [2016 No. 8730P] Sentencia de fecha 2 noviembre 2016

41 A menudo las y los profesionales sanitarios no distinguen entre el riesgo derivado de su propias carencias formativas del riesgo concreto de una situación determinada. Nótese además cómo la discrepancia entre la mujer y la/os profesionales sanitaria/os se resuelve denegando a la mujer la atención.

algunos grandes, algunos pequeños, en relación con su propia salud y la salud de sus hijos, nacidos y no nacidos.”

El Tribunal dice además que el hospital no ha sugerido que la Sra. B sufra de ninguna condición psiquiátrica y basándose en la decisión Laffoy J. En Fitzpatrick v. FK [2009] 2 IR 7, sentencia que *“la Sra. B, en tanto paciente adulta, se presume que tiene capacidad para rechazar las propuestas médicas”*.

Por último, en los puntos 21 y 22 de la Sentencia la decisión del Tribunal es la siguiente:

“21. Este Tribunal concluye que es dar un paso demasiado lejos someter a una cesárea forzada a una mujer en contra de su voluntad, aún cuando no hacerlo incrementa el riesgo de daño y muerte tanto a ella como a su bebé.”

“22. Si la Sra. B persiste en su decisión de ignorar el consejo experto médico que ha recibido, esperamos que a pesar del riesgo incrementado de daño que está asumiendo innecesariamente, nada malo suceda a la Sra. B y a su bebé no nacido.

Pero avisamos a la Sra. B de que si ella o su bebé sufren daños como consecuencia de ir en contra de los consejos médicos [...] muy probablemente tendrá que asumir por sí misma los costes financieros pues muy improbablemente será compensada por daños y perjuicios por el HSE como resultado de haberse negado a seguir el consejo médico.”⁴²

⁴² Es de valorar que a pesar de que el Tribunal considere que la mujer está asumiendo riesgos innecesarios y no lo comprenda, opte por desearle todo lo mejor.

Capítulo 4. Encuestas

4.1. Encuesta a mujeres

De las 290 respuestas en total que ha recibido la encuesta, el 53% de partos han ocurrido entre 2017 y 2014 ambos inclusive⁴³.

El 50,2% de mujeres han realizado el seguimiento del embarazo con comadrona y el 49,8% con obstetra. Este seguimiento ha tenido lugar en el 65,1% de los casos en el sistema público y en el 34,9% en el sistema privado.

En cuanto al lugar para dar a luz, el 67,3% lo hicieron en un hospital público, el 24,3% en un hospital privado, el 0,7% en una casa de partos y el 7,7% en su propio domicilio.

Respecto del embarazo, en primer lugar presenté a las mujeres distintos ítems en relación al seguimiento y pruebas diagnósticas que tienen que ver con los derechos de autonomía y consentimiento informados:

Total de respuestas 290 (100%)	SÍ	NO
Previa información, alternativas y obtención del consentimiento a la realización de pruebas diagnósticas	146 (51,4%)	95 (33,5%)
Oferta de información objetiva y veraz	126 (44%)	73 (26%)
La mujer sintió que sus opiniones, voluntad e inquietudes eran tenidas en cuenta	153 (53,9%)	80 (28,2%)
La mujer conocía las razones e indicaciones de cada prueba diagnóstica en su caso	178 (62,7%)	70 (24,6%)
La mujer salía de consulta con sus preguntas y dudas resueltas	165 (58,1%)	82 (28,9%)
Respecto de pruebas diagnósticas invasivas o con efectos secundarios se ofrecía por escrito información y se discutían alternativas	46 (16,2%)	205 (72,2%)
El/la proveedor/a de salud se mostraba receptivo ante las dudas, preguntas, deseos, etc. de la mujer	193 (68%)	61 (21,5%)
La mujer sintió que recibía atención personalizada	152 (53,5%)	114 (40,1%)

Los porcentajes respecto de los indicadores en los que no se han respetado los derechos de autonomía y consentimiento informado oscilan entre el 21,5% en el caso más favorable y el 40,1% incluso el 72,2% en el caso más desfavorable.

Considero pues, que estos porcentajes permiten como mínimo plantearse que las vulneraciones a los derechos de autonomía y consentimiento informado no sólo no son hechos

⁴³ Recordemos que la ley de Autonomía del paciente es del año 2002.

aislados, sino que están relativamente normalizadas.

Un 29% de mujeres ha decidido dejarme comentarios respecto de la pregunta anterior y prácticamente todos van en el mismo sentido. Hay una cosa que me llama especialmente la atención y es que muchas de ellas dicen que fueron informadas porque ellas ya tenían información que previamente habían buscado por su cuenta.

“Se me resolvieron las dudas y se me dieron alternativas porque yo estaba lo suficientemente informada como para así exigirlo. La ginecóloga al principio estaba recelosa, después ya no intentaba "luchar" conmigo”

“Esta vez fue diferente, aunque con algunas cuestiones seguíamos no diciéndonos la verdad (por ejemplo tema de algunas vitaminas) y buscaba información fuera de la consulta por mi cuenta “

“Si se me informó fue porque YO iba informada previamente y exigía respuestas y alternativas. La iniciativa nunca partió de los profesionales sanitarios sino de mí.”

“Ayudó mucho que yo tuviese información previa y propia.”

“En mi caso: No me llevó una sola persona, por lo que no puedo generalizar. Normalmente sí me explicaban los motivos pero no ofrecían alternativas. Siempre me acompañó la tristísima sensación de que no me trataban como a una mujer embarazada sino como a un expediente. Eso me hacía sentir muy desamparada.”

“Fue una lucha continua con la ginecóloga.”

“Cambié de matrona y a cuál peor...”

“En mi segundo embarazo decidí no hacerme ninguna prueba, y una de las razones fue por el trato recibido y lo angustiante que fue para mi todas las pruebas y cómo me juzgaron en el primer embarazo.”

“Conozco las razones de cada prueba por estar vinculada al mundo sanitario (enfermera y formándome para ser matrona), pero la matrona no lo sabía (me gusta no decirlo para ver qué tal

me tratan los demás y aprender de sus errores, para no cometerlos yo) no me informó de nada, las pruebas "eran las que eran" y no había lugar para alternativas o explicaciones”

“Supongo que me trataron como una embarazada más, haciéndome las pruebas que se le hacen a todas las embarazadas sin explicaciones de porqué si o porqué no”

“Busqué la información por mi cuenta y me opuse a hacerme pruebas ofreciendo yo las alternativas. En este caso sí se respetó mi voluntad “

“Me cuesta responder SI o NO... En general no me sentí suficiente informada, si tenía la información es porque yo la buscaba. En cuanto a la recepción de mis dudas me sentí bastantes veces tratada como una histérica o asustada.”

“Hasta que no han pasado los años ni me había planteado que tuviera poder de decisión por lo tanto no tenía dudas. Obedecía.”

Del tenor de los comentarios se infiere que la vulneración de los derechos de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto tienen un impacto negativo a nivel psicológico y emocional. En consecuencia, afectan a la experiencia que vive la mujer durante el embarazo y el parto.

A continuación preguntaba a las mujeres cuál fue la reacción de su proveedor/a sanitaria/o en caso de pedir información complementaria respecto de alguna prueba diagnóstica o de manifestar dudas sobre hacérsela. Un 63% de ellas dicen que la reacción fue buena y un 37% que mala.

En esta pregunta he desglosado datos. No hay diferencias muy significativas entre sí quien realizaba el seguimiento era un/a obstetra o una comadrona, aunque en este caso la/os obstetras puntúan mejor: ante el 39% de malas reacciones de las comadronas, el 23% de obstetras reaccionaron mal.

Del mismo modo, tenemos más malas reacciones en el hospital público (32%) que en el privado (21%).

Una posible explicación alternativa en el caso del hospital público es que el número de respuestas de experiencias en el hospital público es más del doble que en el caso del hospital privado (190 frente a 70).

Aún así, donde sí hay diferencias significativas es en el caso de las mujeres que contaron con el apoyo de una comadrona a domicilio. Aunque el 50% habían marcado alguno de los ítems negativos, en el apartado de comentarios explicaban que estas experiencias habían tenido lugar dentro del sistema de salud.

“Busqué una matrona de parto en casa.”

“Desconexión entre lo que yo pedía y lo que obtenía. Todo era vivido como una molestia que yo causaba.”

“En la Seguridad Social recibí objeciones y argumentos sin base científica, ante mi negativa a realizarme la o'sullivan y la tercera ecografía.”

“Malas caras pero tenía muy clara mi situación”.

A continuación formulaba a las mujeres preguntas en relación con el Plan de Parto y el parto. El Plan de Parto es la versión obstétrica de las Instrucciones Previas, reguladas con carácter básico a nivel estatal en el artículo 11 de la Ley de Autonomía del Paciente 41/2002. La usuaria tiene pues derecho a redactarlo, presentarlo y a que sea respetado.

¿Recibieron las mujeres información con antelación sobre las distintas opciones y alternativas existentes en relación al parto? El 57% afirma que sí mientras que el 43,1% afirma que no. El nivel de desinformación era más elevado en el caso de obstetras (52%) que en el de comadronas (35%) y en el caso de hospitales privados (57%) que en los públicos (40%).

¿Podieron manifestar su voluntad, creencias e intenciones respecto del parto? El 77% afirma que sí mientras que el 22,8% que no. Considero que debemos tener en cuenta el impacto negativo del hecho de no tener información completa sobre las distintas opciones a la hora de tomar decisiones.

En este caso sucede lo mismo que en el anterior. Había más impedimentos para manifestar la voluntad por parte de las mujeres frente a obstetras (27%) que frente a comadronas (18%), en hospitales privados (33%) que en públicos (21%). Sólo una mujer que parió en su domicilio (6%) refirió no haber podido expresarse.

En cuanto al Plan de Parto, el 32% elaboró uno propio, el 27% recurrió a un modelo estándar⁴⁴ y un 12% decidieron no presentarlo. Estamos por lo tanto en un total de 71% de situaciones en principio correctas.

En cuanto al resto (29%) se produjeron situaciones incompatibles con la legalidad: o bien la mujer no sabía que se podía presentar (10%) o le proporcionaron un documento propio hospitalario relativo al consentimiento informado de tipo estándar y general, que en la práctica no son aceptados en los Tribunales como consentimiento válido por no cumplir con los requisitos mínimos (18%).

¿Qué sucedió al presentar el Plan de parto? En un 52% de los casos fue recibido sin más, en el 28% de los casos las mujeres fueron citadas para hablar sobre el documento, un 6% de las mujeres fueron citadas para enfrentarse a profesionales contrarios al mismo y en un 15% de ocasiones no fue aceptado. Estas dos últimas situaciones suman un total de 21% y son contrarias a la legalidad vigente.

“Que no era necesario ningún plan de parto, que ellos sabían que era lo mejor.”

“Que la matrona ya sabía lo que yo quería y que no hacía falta”

“La información que tuve sobre la posibilidad de elaborar un plan de parto fue en unas clases de preparación privada a las que iba. Aunque nos recomendaban no hacerlo de forma escrita por si les sentaba mal :(y nos trataban de intrusas (jode que te den ese consejo) Cuando lo comenté con la matrona del parto de lo público, me recomendó no hacerlo, porque seguían todos los protocolos de parto normal y también le parecía que les podía molestar y que no era necesario”

“Me dijeron que el plan de parto era una "moda" que respondía a una determinada postura de algunas matronas que no se sentían suficientemente reconocidas en su labor. Me dijo, literal, que era una tontería (y ser rió mucho) porque ella iba a estar en mi parto y haría todo lo que yo le

⁴⁴ Por ejemplo, el del Ministerio de Sanidad.

pidiera si lo consideraba sensato. Le pregunté que qué pasaba con la matrona mientras ella no estuviera y me dijo que obedecería sus órdenes. Yo había oído hablar muy poco del plan de parto y no me sentí con potestad de exigir ni de llevar la contraria a mi médico, que, en el fondo, sabía más que yo. (Esa fue la sensación general durante todo el proceso: "ella es el médico, yo no sé nada, seguro que lo hace bien -por mí, por el bebé")."

"Contrario al protocolo."

"En Sant Joan de Deu de Esplugues no hacían Planes de Parto a no ser que fueses a hacer parto natural. Me reuní con la comadrona de parto natural y me dijo "sabemos que os hace ilusión tachar crucecitas así que acabaremos haciendo un plan de parto para que tachéis" Me dio la impresión que pensaba que éramos idiotas, que no queríamos elegir sino hacer crucecitas. He de decir que el protocolo standard de parto de SJD se adaptaba perfectamente a lo que yo hubiera elegido en un plan de parto."

"Que tenían sus protocolos y que no se podía hacer como yo pedía"

"Cuando llegue la hora saldrán las cosas de una manera o de otra, no se puede prever. Yo tampoco fui firme porque no era consciente ni tenía tanta info"

¿Fue el Plan de Parto respetado? Sí en un 52% de los casos y no en un 48%. En este caso las cifras no varían mucho dependiendo de quién atendiera el parto. De este modo no respetaron el plan de parto el 33% de obstetras así como el 40% de comadronas.

El porcentaje de falta de respeto es el mismo para hospitales públicos (40%) que para privados (40%). Donde sí que hay diferencia es en el caso de los partos domiciliarios. De las 16 mujeres que parieron en su casa 13 elaboraron plan de parto y todas dicen que fue respetado, por lo tanto nos hallamos ante un respeto al documento del 100%.

En caso de que el Plan de parto no fuera respetado, ¿se le explicaron a la mujer las razones para ello y se le pidió el consentimiento? Sí en un 45% de los casos y no en un 55%. Los más reticentes a dar explicaciones y pedir el consentimiento eran los obstetras (61%) frente a las comadronas (51%) y los hospitales privados (71%) frente a los públicos (49%).

Teniendo en cuenta que el Plan de parto refleja la autonomía de la persona, su voluntad y tiene el valor legal y jurisprudencial de consentimiento, considero que los resultados son preocupantes respecto de los derechos de autonomía y consentimiento informado durante el parto. A continuación cito más comentarios de mujeres:

“El consentimiento quedo sin rellenar ni firmar por parte del hospital, solo lo firme yo y quedo en blanco la info sobre lo que me iban a hacer.”

“No creo que sirva de mucho, cuando el día del parto te atiende alguien que no conoces ni has visto en consulta.”

“Le comente a mi gine sobre hacer el plan de parto y me dijo que era una cosa anticuada y que no hacia falta. Tendria que haberme informado mas yo y haberlo presentado a pesar de lo que me dijo ella.”

“El documento de consentimiento informado, recuerdo que era para la epidural, y que nos dijeron que mejor no leerlo porque sino no lo iba a firmar! Les dije que en principio no la quería, pero me recomendaron traerlo firmado, por si cambiaba de opinión y me dijeron que siempre preguntaban si la quería antes de ponerla, aún habiéndola firmado.”

“No recuerdo haber firmado ningún documento de consentimiento informado.”

“Rellené el plan de parto porque tenía amenaza de parto prematuro. De todas formas la matrona me dijo que no me harían caso (si fuese parto prematuro) y que en el hospital tendría que someterme a lo que me dijeran..”

“No me presentaron ningún documento, ni me explicaban que iban a hacer, tampoco respetaron lo que dije que no deseaba en el momento.”

Esta preocupación se confirma a mi parecer a continuación cuando pregunto a las mujeres si durante el parto supieron en todo momento lo que estaba sucediendo. Un 63% dice que sí y el 37% afirma que no.

La sensación de desconocimiento se incrementa en el caso de obstetras (40%) frente a las comadronas (33%) y en el caso de los hospitales privados (44%,) frente a los públicos (38%). En el caso de las mujeres de parto domiciliario el 100% afirma que en todo momento supo lo que estaba sucediendo.

A continuación ofrecía a las mujeres tres situaciones vividas durante el parto a las que tenían que contestar sí o no (si se les explicaban las intervenciones y sus alternativas, incluida la conducta expectante; si tenían claro con qué motivo se les practicó cada intervención que recibieron; y finalmente si se las informaba y pedía consentimiento para intervenir).

Entre el 37 y el 40% de las mujeres se decantaron en algún momento por un ítem negativo: es decir, no se respetaron los derechos de autonomía y consentimiento informado. Ninguna de las mujeres que parió en su domicilio ha indicado un ítem negativo.

Por último, ¿sintieron las mujeres que tenían capacidad de decisión durante su parto? El 55% contesta que sí y el 45% que no. Los porcentajes de falta de control una vez más se incrementan en el caso de atención por parte de obstetras (50%) frente a comadronas (39%) y en el caso de los hospitales privados (61%) frente a los públicos (44%). Todas las mujeres que parieron en su domicilio afirmaron haberse sentido en control de su parto.

A continuación formulé algunas preguntas en torno a la inducción, pues como he dicho hoy en día es relativamente habitual incluso cuando no se presenta patología concreta. Me interesaba porque en tanto intervención con múltiples riesgos (algunos de ellos importantes) para la salud de madre y bebé, en principio los requisitos del consentimiento informado son más estrictos.⁴⁵

¿Conocían las mujeres las razones para inducir su parto? En un 77% sí y en un 23% no. Aquí los porcentajes en caso de desinformación son parecidos tanto en el caso de obstetras (22%), comadronas (25%,), como en hospitales públicos (24%) y privados (29%,).

En caso de aceptar la inducción, ¿recibió previamente una hoja informativa donde se relataban las posibles complicaciones? (tal y como establece la ley). Un 36% sí que la recibió y un 65% no. Los menores niveles de desinformación en esta pregunta aplican a las comadronas (25%)

⁴⁵ En este apartado no intervienen las mujeres que han dado a luz en casa pues una inducción al ser una intervención invasiva y de riesgo tiene lugar siempre en un centro médico.

frente al 59% de obstetras y los niveles de desinformación del 62% en los hospitales públicos frente al 54% de los privados.

Además les pregunté si habían sido informadas de la posibilidad de que la inducción fallara y se les tuviera que practicar una cesárea, cirugía abdominal mayor que a su vez entraña riesgos y aumenta la posibilidad de mortalidad materna.

Esta pregunta la formulé porque de acuerdo con la legislación y la jurisprudencia el consentimiento informado debe también incluir los riesgos improbables⁴⁶. Sólo el 25% dijo haber recibido esta información, mientras que el 75% restante no fue informada.

En caso de haber rechazado la inducción, ¿cuál fue la reacción de su proveedor/a de salud? Sólo un 9% dice que fue amigable . Un 40% manifiestan que se enfrentaron a hostilidad, un 66% que les intentaron infundir miedo para que aceptaran, un 14% refiere haber recibido amenazas y a un 9% se les dijo que se les iba a denegar la asistencia.

Al margen de lo anterior un 23% dicen haber firmado una hoja de rechazo, lo cual es en principio correcto de acuerdo con la ley cuando se rechaza una intervención de tipo mayor.

“Me dijeron que "seria una pena k muriera dentro de mi" pero no recuerdo si me hicieron firmar nada. Claro k sentí mucho miedo”

“Acabé con cesárea urgente tras una caída del ritmo cardíaco fetal. Después de horas de intentar parto vaginal. Me tuvieron muchas contracciones con las manos dentro porque tenían q probar una cosa que aún nadie me ha explicado”.

“No me lo dijeron como una opción. Parecía la única. Yo confié con el personal.”

“No me explicaron el motivo de la inducción ni me dijeron que me iban a inducir el parto.”

“Me sentí ninguneada y coaccionada para aceptar la inducción.”

“En mi caso creo que se precipitaron al querer inducir el parto y se aprovechan de la poca

46 Una cesárea es un riesgo probable de una inducción, no improbable (YiZhao *et alt.* 2017) (Krerulff *et alt.* 2017)

información que tenemos las embarazadas a veces.”

“Te presentan la inducción como la única vía posible.”

“Pedimos hacer seguimiento diario a cambio de no intervenir. El primer equipo aceptó la propuesta pero el segundo fue muy agresivo.”

“Me sentí muy mal, estuve tan agobiada porque me querían inducir y yo no estaba preparada que rompí aguas unas horas antes de la hora límite...a partir de ahí todo fue mal. No tenía contracciones y terminaron induciéndome. Tuve un parto con oxitocina sintética muy doloroso que terminó con unos forceps y episiotomía grande.”

“La reacción fue amigable y sin aparente hostilidad pero me generaron miedo y me hicieron responsable de posibles desastres”

“Me obligaron a aceptar la inducción, ya que sino no quería hacerse cargo del parto.”

“No me planteé rechazar porque no parecía una opción. Estaba de 41 semanas y 2 días y, para la ginecóloga del hospital, era obligatoria la inducción.”

Pregunté a las mujeres si en caso de que las intervinieran de forma no prevista inicialmente durante el parto y se les requiriera el consentimiento por escrito, ¿tuvieron suficiente tiempo para leerlo con calma y entenderlo? El 22% dice que sí frente al 47% que dice que no.

¿Se sentían las mujeres en condiciones físicas y psíquicas en ese momento para prestar el consentimiento? El 31% asegura que sí, mientras que el 60% lo niega.

Un 5% de mujeres relataron que se les pidió que leyeran y firmaran la hoja de consentimiento informado después de haber recibido la intervención.

“Firmé antes de la cesárea de semi urgencia. No estaba en plenas condiciones y no leí el documento. Firmé porque tenían por mí y porque quería terminar.”

“Me inyectaron oxitocina sin decírmelo y sin necesidad, me enteré después de que me la retirarían

porque el niño empezó a tener sufrimiento fetal”

“Me hicieron firmar "algo" - que tenía que ver con los riesgos de la epidural- en la sala de dilatación, "por si acaso luego no podía o no tenía fuerzas para hacerlo".”

“No recuerdo haber firmado nada relativo a la cesárea. Puede que firmara un documento estandar que me dieron al entrar, pero que no leí. Me dijeron que era protocolario.”

“No me dejaron leerlo.”

“Me hicieron firmar MIENTRAS me inyectaban la epidural, en plena contracción.”

4.2. Encuesta a profesionales

La mayoría de profesionales que han participado ejercen en Cataluña: comadronas 56%, obstetras 100%, pediatras 31%, anestelistas 100% frente al 55% de comadronas del resto de España y 69% de pediatras.^{47 48}

También son la mayoría mujeres, en el caso de las comadronas el 94%⁴⁹, contamos con dos obstetras mujeres y dos hombres (50-50%), el 75% son mujeres pediatras y el 25%, en cuanto a anestesia también hay paridad, dos mujeres y dos hombres (50-50%). Todas estas personas se han identificado como cisgénero.

Sobre el lugar de trabajo, la mayoría de las respuestas provienen del ámbito hospitalario público (comadronas 74%, pediatras 85%, anestelistas 100%). En cuanto a los hospitales privados, sólo un 6% de las comadronas que han contestado y un 15% de los pediatras trabajan en ellos.

La pregunta sobre el lugar de trabajo es relevante en tanto existen dinámicas distintas (y cifras distintas de niveles de intervencionismo) en la sanidad pública respecto de la privada y

47 Una posible explicación podría ser el hecho de que mi lugar de residencia y actuación es Cataluña y ello haya podido hacer que al conocerme o tener referencias más aunque sea de forma secundaria más personas se hayan decidido a contestar, a pesar de que hice difusión en los colegios profesionales correspondientes de cada comunidad autónoma.

48 Los 4 obstetras que han contestado pertenecen todos al ámbito privado, pero como he dicho a tres los conozco personalmente. De las comadronas un 22% trabajan en el ámbito domiciliario.

49 Es como sabemos una profesión feminizada.

viceversa, igual que ya he explicado que existen diferencias entre la forma de trabajar en el ámbito domiciliario y el hospitalario en el caso de las comadronas.

De hecho, las propias personas profesionales que han contestado a la encuesta dejaban comentarios en este sentido:

“En algunes preguntes es difícil contestar tenint en compte el que tu creus o el que es fa al institució” (Comadrona)

“Éstas preguntas y sus respuestas son poco objetivas, ya que lamentablemente en cada hospital se trabaja de una forma muy diferente, hay poco consenso entre centros sanitarios y al final las cosas se realizan en función de: El lugar donde trabajes y según tu perfil profesional y criterio, ya que nadie trabaja igual que el otro.” (Comadrona)

“Hay cuestiones en las que no sé si responder con lo que sucede en la realidad o con lo que yo creo que debería ser.” (Comadrona)

“Algunas preguntas las considero ambiguas, y no sé si contestar respecto a mi manera de trabajar o a la manera de actuar en mi centro de trabajo (porque es diferente en la medida de mis posibilidades)” (Comadrona)

“En algunas contestaciones en realidad expreso lo que creo que se suele hacer...no al 100% lo que yo haría” (Pediatra)

Como veremos a continuación, no sólo el resultado de la encuesta arroja distintas formas de trabajar y de concebir la autonomía de las mujeres dependiendo de si la atención es hospitalaria o domiciliaria. Las propias encuestadas manifiestan cómo el trabajar en una institución hospitalaria coarta su propia autonomía profesional⁵⁰ y les genera contradicciones a la hora de contestar a las preguntas que se les formulan.

A la pregunta de ¿Quién toma las decisiones durante el embarazo? La mayoría de las personas encuestadas contestan que las decisiones se toman conjuntamente (Comadronas 50%, obstetras 75%, pediatras 73%, anestelistas 75%). Un 32% de comadronas, 25% de obstetras, 21%

⁵⁰ Consagrada en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias 44/2003, de 21 de noviembre

de pediatras y 25% de anestesiastas consideran que las toma la persona profesional en exclusiva.

Mientras tanto, afirman que le corresponde decidir a la mujer un 40% de comadronas, un 0% de obstetras, un 10% de pediatras y un 0% de anestesiastas.

De entre las comadronas, un 0% de las que atiende partos a domicilio considera que corresponda decidir a la profesional frente a un 39% de las que atiende en parto hospitalario. También son las comadronas de parto domiciliario las que otorgan un % más alto de agencia a las mujeres por sí mismas, el 54% concretamente (frente al 37% de las del ambiente hospitalario). De las comadronas domiciliarias también el 54% dice que se toman las decisiones conjuntamente.

Por lo tanto, de los resultados de la encuesta se desprende que los niveles de autonomía de las mujeres durante el embarazo más altos los ofrecen con diferencia las comadronas y en concreto las comadronas de parto domiciliario.

En cuanto a la pregunta ¿quién toma decisiones durante el parto? Es curioso porque hay una variación del tipo de respuestas. Así, el 38% de comadronas dice que las toma la persona profesional haciendo partícipe a la mujer y el 10% dice que sin hacerla partícipe, mientras que el 70% afirma que decide la mujer.

De entre las comadronas, el 100% de las que atienden a domicilio eligen que decide la mujer, respecto de las de parto hospitalario un 58,54%, el resto se decanta por decidir como profesional en solitario (12%) o haciendo partícipe a la mujer (41%).

Por su parte la/os obstetras afirman en el 100% de los casos que deciden ella/os haciendo partícipe a la mujer. La/os pediatras se decantan en el 71% por decidir ella/os haciendo partícipe a la mujer, sólo un 4% no contaría con ella. Un 25% dice que decide ella en exclusiva. La/os anestesiastas están al 75% a favor de decidir junto con la mujer y al 25% por que decida ella misma.

Cuando se les preguntó a las personas participantes si es correcto o incorrecto que la mujer decide salvo que haya riesgo. El 44% de comadronas (45% de hospital y 27% de domicilio), 25%

de obstetras, 67% de pediatras y 75% de anestesistas afirman que esto es correcto.

Insistiendo en esta cuestión, se formuló la pregunta que hacía referencia a que en caso de urgencia, ¿quién decide? Distinguiendo entre si la mujer estaba consciente o no. Esta distinción la incorporé porque la ley precisamente establece que en caso de no poder informar y recabar el consentimiento de la persona destinataria por estar indispuesta (por ejemplo, inconsciente) debe acudir a familiares y allegados.

Entonces, si la mujer está consciente, el 30% del global de comadronas se decantaron por decidir ellas y el 60% por que decidía la mujer. En cuanto a las que trabajan en parto hospitalario, el 54% decía decidir como profesional en solitario y el 34% que decide la mujer. Las de parto domiciliario sólo decidían solas en un 18% de los casos, el otro 72% otorgaba agencia a la mujer.

Los obstetras respondieron que decidía la mujer en un 100% de los casos, mientras que los pediatras muestran más dudas, en la medida en que un 29% se decantaba por decidir como profesional y un 46% por la decisión de la mujer. La/os anestesistas seleccionaban la respuesta en la que decidía la mujer en un 50% de casos y una respuesta se refería a la decisión profesional (25%).

Si la mujer está inconsciente, el 38% de las comadronas a nivel global decía decidir como profesional, frente a un 44% que acudiría a los allegados. Las de parto hospitalario estaban bastante divididas, un 37% decidiría ella y un 39% se decantaría por los allegados. Las de domicilio decidirían en un 27% por sí mismas y en un 55% trasladarían la decisión a allegados. Un 75% de la/os obstetras decidirían ellos y el 25% recurriría a allegados, en la/os pediatras el ratio es de 50% frente al 37% y anestesistas 75% versus 25%.

Teniendo en cuenta las preguntas anteriores, resulta mínimamente contradictorio que prácticamente todas las personas participantes parecen tener claro que el derecho de autonomía incluye el derecho a rechazar las intervenciones propuestas.

El 98% de comadronas, 100% de obstetras, 98% de pediatras y 100% de anestesistas dicen que sí.

Sólo una comadrona ha contestado no y pertenece al ámbito hospitalario además de formar parte del grupo de edad entre 51 y 60 años.

Una vez establecido lo anterior, preguntaba cuál era la manera de proceder como profesional si la mujer rechazaba una intervención.

Una de ellas tenía que ver con volverle a explicar a la mujer las circunstancias y entrarla hacer en razón⁵¹. Se decantó por esta opción el 4% de comadronas (todas ellas pertenecían al ámbito hospitalario), el 25% de obstetras, 8% de pediatras y 0% de anestesistas.

La segunda consistía en ofrecer información para que la mujer decidiera. Un 92% de comadronas, el 100% de obstetras, 88% de pediatras y 100% de anestesistas seleccionaron esta opción.

Sólo una comadrona de parto hospitalario se decantó por mostrar autoridad (2%), ningún/a otra/o profesional marcó la opción. También fue baja la opción de rechazar continuar con el seguimiento. Un 4% de las comadronas (5% hospitalarias y 9% domiciliarias) y 2% de la/os pediatras la eligieron.

Un 8% de comadronas (todas ellas hospitalarias) seleccionaron la posibilidad de acudir a las autoridades judiciales, así como un obstetra (25%) en el rango de edad entre 51 y 60 años. La/os pediatras consideraron esa opción en un 15% de casos.

Por último, un 54% de comadronas, 40% de pediatras y 50% de anestesistas indicaban que la mujer debía firmar una hoja de rechazo.

Si la mujer rechaza la intervención que le propone el/la profesional, ¿qué voluntad prevalece? Recordemos que toda/os parecían tener claro que la mujer tiene derecho a rechazar.

⁵¹ Esta expresión se introdujo porque implica un cierto grado de paternalismo pues presupone que la otra persona no está siendo razonable.

Vuelven a surgir contradicciones, en el momento en que un 24% de comadronas (27% hospitalarias y 9% domiciliarias) y 23% de pediatras afirman que prevalece la voluntad profesional. Curiosamente ningún/a obstetra ni anestesista puso por delante la voluntad profesional a la de la mujer.

¿Qué está sucediendo si la mujer y el/la profesional están en desacuerdo? La mayoría entendían que existe una discrepancia respecto de la mejor manera de cuidar al/la bebé (98% comadronas, 50% obstetras, 85% pediatras y 50% anestesistas).

Sólo dos pediatras (4%) afirmaron que la mujer estaba llevando a cabo malos tratos perinatales, estas dos personas también contestaron que el feto es considerado legalmente menor. Un 6% de comadronas, 50% de obstetras, 19% de pediatras y 50% de anestesistas creían que la mujer estaba poniendo en peligro a su bebé.

Ante la pregunta de si en caso de peligro, el/la profesional puede intervenir aunque la madre se niegue de forma expresa, vemos que el 70% de las comadronas (27% hospitalarias y 18% domiciliarias), 25% de obstetras, 60% de pediatras y 25% de anestesistas afirma que sí.

Esto supone de nuevo una restricción a un derecho que no existe a nivel legal ni jurisprudencial y que además se contradice con el hecho de que anteriormente la mayoría habían afirmado que el derecho de autonomía incluía negarse a una intervención.

Durante la gestación, ¿es el bebé un menor legalmente? Responden afirmativamente el 46% de comadronas (55% hospitalarias y 46% domiciliarias), el 50% de la/os obstetras, 56% de pediatras y 75% de anestesistas.

Por último, qué bienestar es más importante, ¿el de la madre o el de el/la bebé? La mayoría afirman que ambos: 84% de comadronas (80% hospitalarias y 100% domiciliario), 50% obstetras, 94% pediatras y 100% anestesistas.

4.3. Enquesta PLAENSA 2016

Como he comentado anteriormente asumo las limitaciones de la encuesta que he realizado entre mujeres y profesionales. Es por ello que me parece procedente incorporar la encuesta PLAENSA de 2016 en relación con embarazo, parto y puerperio de 2016 llevada a cabo por el Catsalut, en tanto sus dimensiones son más amplias (3.159 participantes) y entiendo que metodológicamente la Generalitat dispone de más medios que el presente trabajo.

La totalidad de las respuestas reflejaban una satisfacción que oscilaba entre el 80 y el 100%, es decir, muy elevada. En cambio, las preguntas 28⁵² relativas a la información suficiente aunque sobrepasaban el 50% de satisfacción nunca llegaban al 80%.

Considero que no puede ser una coincidencia que en todos y cada uno de los centros respecto de los cuales se ha realizado una encuesta, el patrón haya sido el mismo: la satisfacción respecto de todos y cada uno de los items ha sido superior al 80% e incluso se haya acercado al 100% y en cambio la relativa a información únicamente oscile entre el 50 y el 70% en la mayoría de los casos muy raramente estando entre el 70 y el 80%.

He comparado por ejemplo con la misma encuesta PLAENSA pero relativa a la atención hospitalaria con internamiento (en este caso la información más actual es de 2015). De nuevo nos encontramos con que el grado de satisfacción supera el 80% en todos los casos, de hecho en gran parte de items se sitúa por encima del 90%.

Inclusive las preguntas relativas a la información recibida⁵³ se situaban en este baremo tan alto, con una excepción: la media para la pregunta *“Li van demanar el consentiment informat”* era con diferencia la más baja situándose en un 75,5%. Aún así, en comparación con la PLAENSA relativa a embarazo, parto y postparto, el resultado es alto.

Los porcentajes que arroja el PLAENSA en lo relativo a información son congruentes con el tipo de respuestas que han dado las mujeres y la/os profesionales también en las encuestas elaboradas en el contexto de este trabajo.

52 P28A Informació suficient embaràs P28B Informació suficient proves que li van fer P28C Informació suficient part P28D Informació suficient postpart

53 P10 Informació sobre operació P11 Informació sobre la seva malaltia P12 Informació sobre les proves P17 Informació coherent P15 Li van demanar el consentiment informat

4.4. Informe anual del Observatorio de la Violencia Obstétrica 2016

El Observatorio de la Violencia Obstétrica⁵⁴ elaboró un informe relativo al año 2016 con los datos recogidos a través de una encuesta digital durante ese periodo, al que respondieron 1921 mujeres. A continuación haré referencia a los resultados que tienen relación con el presente trabajo.

Según el informe, al 66% de las mujeres no se les pidió permiso para tratarlas. En cuanto al consentimiento informado, un 50,7% manifestaron no haber sido informadas de la intervención que se les iba a practicar (por ejemplo inducción, Kristeller, episiotomía...).

En un 76,6% de los casos no fueron informadas de las distintas opciones de actuación (incluido el manejo expectante o no hacer nada) y en un 50,1% se actuó prescindiendo del consentimiento de las usuarias.

Respecto del Plan de parto, un 25,3% afirmaron haber sido tratadas despectivamente al presentarlo y en el 65,8% el documento no se respetó. A un 74,7% de las mujeres no se les permitió elegir la postura en el expulsivo.

Reflexiones y conclusiones finales

La medicina se convirtió en ciencia en el momento en que se alineó con el poder. Para ello tuvo que recurrir a la exterminación de otras formas de gestión de la salud, hasta entonces principalmente femeninas.

La medicina, en tanto ciencia goza de estatus de productora de verdad. A lo largo de los años ha sido emisora de discursos de desigualdad, reforzando el constructo social por el cual las mujeres somos inferiores a los hombres.

En el ámbito obstétrico se ha instaurado paulatinamente un modelo altamente medicalizado, intervencionista, tecnificado y en definitiva, masculino, donde procesos en principio fisiológicos como son el embarazo y el parto han pasado a ser gestionados desde el enfoque patológico.

⁵⁴ Organismo multidisciplinar ligado a la asociación El parto es Nuestro creado en 2014 para denunciar malas prácticas.

En este sistema patriarcal las y los profesionales sanitaria/os se han configurado como figura de autoridad mientras las mujeres hemos sido consideradas imperfectas, patológicas y hemos visto cuestionadas nuestras capacidades mentales e intelectuales debido a nuestra biología, en concreto respecto de nuestros genitales y sistema hormonal.

El embarazo y en especial el parto han pasado de ser un momento más de la vida íntima y sexual de las mujeres a ser acontecimientos médicos y con frecuencia quirúrgicos.

Además, este control de la reproducción se ha intensificado a partir del capitalismo bajo consignas demográficas y nuevas ideologías de acuerdo con las cuales se establecía cómo debía ser y qué requisitos debía cumplir una persona estándar, normativa y adecuada.

Por su parte, el Derecho no es neutral y objetivo sino que es androcéntrico y se halla al servicio de las ideologías dominantes. Al margen de que se hayan logrado y se sigan logrando éxitos para un acercamiento a la igualdad entre mujeres y hombres a través de su reforma, no podemos perder de vista su poder represivo y opresivo en tanto componente estructural del patriarcado.

Posteriormente se desarrollaron en occidente los derechos humanos fundamentales, circunstancia que también impregnó a la práctica médica, pasando de un modelo autoritario donde siempre decidía el/la persona profesional a otro autonomista donde prevalece la integridad de la persona usuaria. En España estos cambios se consagraron definitivamente en nuestro ordenamiento jurídico con la aprobación en el año 2002 de la Ley de Autonomía del Paciente.

Pero el hecho de que hayan cambiado las leyes no implica que el orden social lo haya hecho también, o por lo menos, no en la misma medida. Todavía vivimos en una sociedad patriarcal. En las sociedades industriales occidentales hemos otorgado a la ciencia el papel de productora de verdad y ordenación de la normalidad.

De acuerdo con el orden simbólico imperante los cuerpos femeninos siguen siendo patológicos y requieren de un alto intervencionismo médico para ser habitados satisfactoriamente. En nuestras sociedades la figura médica es una de autoridad mientras que las mujeres estamos sujetas a opresiones y discriminaciones múltiples: la relación es asimétrica.

Tenemos unas leyes que en tanto supuestamente neutrales obvian las experiencias femeninas. Y en el caso de los derechos de autonomía y consentimiento informado no están preparadas para asumir situaciones de embarazo y parto donde la persona destinataria de la intervención puede no ser la potencial beneficiaria a pesar de asumir directamente sus riesgos.

La configuración legal y jurisprudencial de los derechos de autonomía y consentimiento informado no sólo es incompatible con restricciones en el embarazo y el parto, sino que establece dichos momentos de la vida de las mujeres como merecedores de especial protección.

En este contexto, las encuestas, tanto las propias del presente trabajo como la citada PLAENSA, nos muestran discrepancias e irregularidades incompatibles con el ejercicio satisfactorio de los derechos fundamentales a la autonomía y al consentimiento informado en el ámbito sanitario.

Respecto de las anteriores, un porcentaje más que significativo de mujeres refieren vulneraciones (más o menos intensas) a sus derechos de autonomía y consentimiento informados durante el embarazo y el parto.

Teniendo en cuenta que cualquier intervención sanitaria deviene ilícita en ausencia de los mismos, es preocupante que procesos fisiológicos como son el embarazo y el parto se conviertan fácilmente y sin necesidad real en eventos traumáticos y medicalizados, en los que las mujeres sienten que no tuvieron control ni se les proporcionó información, no pudiendo decidir por ellas mismas con qué forma de proceder se sentían más cómodas y seguras.

Para garantizar los derechos fundamentales de autonomía y consentimiento informado en el embarazo y el parto, no ha sido suficiente como hemos visto cambiar o promulgar leyes. Debemos incidir en el orden simbólico y en las estructuras patriarcales que sostienen el sistema.

Las mujeres debemos tener una concepción positiva de nuestros cuerpos y su funcionamiento. La ciencia debe evitar las jerarquías y dejar de recurrir a la autoridad, aceptando con humildad que la suya es una explicación del mundo más de entre todas las posibles y que cada persona tiene una historia y experiencia corporal propias que permean el concepto de salud respecto de la misma, lo cual es incompatible con una aplicación sistemática de protocolos automatizados e impersonales.

Las y los profesionales sanitaria/os deben educarse asumiendo lo anterior, interactuar desde dinámicas relacionales horizontales y aceptar que la salud va en relación con las personas, y que éstas tienen necesidades diversas y deseos distintos, todos ellos en principio igualmente válidos.

A nivel jurídico debemos cuestionar la neutralidad del Derecho y denunciar su androcentrismo. Las administraciones y operadores que aplican las normas deben tener información sobre los sesgos de género operantes para una aplicación y efectividad de las normas más igualitaria y respetuosa con los derechos humanos.

Por último, debemos asumir que la medicina (como parte de la ciencia) y el Derecho se presentan como neutrales y asexuados, a pesar de que se encuentran claramente alineados con el poder y han sido y son fuente de discursos sexistas y de desigualdad.

Los discursos médicos, científicos y jurídicos con frecuencia al naturalizar la construcción social arbitraria de lo biológico, promoviendo y justificando desigualdades, en definitiva, promoviendo dinámicas de dominación social de unos grupos sobre otros a través no sólo de los cuerpos, también de los discursos.

Las personas (y en concreto aquellas que integran colectivos oprimidos) terminamos interiorizando las dinámicas y discursos anteriores en la medida en que el propio sistema y contexto no nos facilitan herramientas para cuestionar el valor de verdad de los discursos imperantes o para identificar prácticas socialmente aceptadas como opresoras.

Agradecimientos

Los agradecimientos de este trabajo van dirigidos a todas las mujeres que antes, ahora y después de mí han generado discursos heréticos respecto de la atención obstétrica y los derechos humanos, suponiendo dichos discursos acción política en tanto proponen nuevos significados que desmienten el orden establecido y cuestionan su carácter de evidencia.

Dedico y agradezco el presente trabajo a todas las herejes que a pesar de las dificultades han relatado lo indecible, han compartido sus testimonios de violencia y empoderamiento, ya sea de viva voz, en la intimidad o en grupos abiertos, en ponencias, mediante la palabra escrita, que nos

han ofrecido y publicado sus historias de dolor y redención, que han operado como detonantes simbólicos en este sistema que oprime nuestros cuerpos, también y especialmente en los momentos en que somos más vulnerables y necesitamos más que nunca de redes de apoyo y cuidados.

Somos nosotras las herejes las que seguimos luchando y tratando de alzar la voz en un sistema que nos ha privado de ella, que nos ha aislado y expropiado y nos insta a obedecer a mandatos patriarcales que van en contra de nuestros cuerpos y nuestra dignidad. Muchas decimos basta y cada vez somos más. A todas vosotras, hermanas, dedico este trabajo, con la intención de poner mi granito de arena a un movimiento, el feminista, que me ha dado tanto.

Bibliografía

- Aguirre Raya, Dalila Aida y Hernández Jiménez, Ana Bárbara (2014), *Algunas consideraciones para el diseño de protocolos en la actividad de Enfermería*, Revista Habana Ciencia Médica Vol. 13 no. 3
- Alemaný Anchel, Maria José (2014): *Matronas y cambio social en la segunda mitad del siglo XX de mujeres y partos*, Tesis Doctoral, Universidad de Valencia
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2004): *Comitte of Opinion: Patient choice in Maternal-Fetal relatonship*, Ethics in obstetrics and gynecologists
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2005): *Comitte on Ethics: Opinion #321 Maternal decision making, ethics and the law*, Obstetrics and Gynecology, 106
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2016): *Comitte of Opinion: Opinion #664 Refusal of medically recommended treatment during pregnancy*, Obstetrics and Gynecology, 127
- Anderson, Elizabeth (2017): *Feminist Epistemology and Philosophy of Science*, The Stanford Encyclopedia of Philosophy , Edward N. Zalta (ed.)
- Acosta Piedra, Yanet y Piedra Herrera, Blanca (2011): *La iatrogenia*, Revista Hospital Psiquiátrico La Habana
- Andorno, Roberto (1998): *Bioética y dignidad de la persona*, Madrid: Técnos
- Bartra, Eli (1998): *Reflexiones metodológicas*, Debates en torno a una metodología feminista, Programa Universitario de Estudios de Género-UNAM, México, 141- 158
- Biglia, Barbara y Vergés-Bosch, Núria. (2016): *Qüestionant la perspectiva de gènere en la recerca*, REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació, 9(2), 12-29
- Bock, Gisela (2002): *Women in european History*, Oxford: Blackwell
- Bodelón, Encarna (2010): *Derecho y Justicia no androcéntricos*, Quaderns de psicología
- Bodelón, Encarna y Bergalli, Roberto (1992): *La cuestión de las mujeres y el derecho penal simbólico*, Anuario de Filosofía del Derecho, 9
- Braidotti, Rosi (2000): *Sujetos nómades*, Buenos Aires: Paidós Ibérica
- Carpintero, Francisco (1987): *La independencia y autonomía del individuo: los orígenes de la "persona jurídica"*, Anuario filosofía del Derecho
- Casado González, María (2002): *¿Por qué bioética y Derecho?*, Acta Bioethica 8
- Castellanos, Gabriela (1996): *Género, poder y postmodernidad: hacia un feminismo de la solidaridad*, Universidad del Valle, Cali, Colombia
- Castón Boyer, Pedro (1996): *La sociología de Pierre Bourdieu*, Reis nº 76 Estudios
- Catsalut (2016): *Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Catsalut: Embaràs, part i puerperi*
- Catsalut (2015): *Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del Catsalut: Atenció hospitalaria amb*

internament

Centers for Disease Controls (1995): *Differences in Maternal Mortality Among Black and White Women*, United States 1990, Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 44(01)

Cheng, Maria (2013): *Critics slam woman's forced C-section in Britain*, Usa Today Associated press. Disponible en: [https://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/12/03/pregnant-woman-surgery-baby/3856957/](https://www.usatoday.com/story/news/nation/2013/12/03/pregnant-woman-surgery-baby/3856957/Cuttini, Marina et alt. (2006): Patient refusal of emergency cesarean delivery: A study of obstetricians attitudes in Europe, Obstetrics & Gynecology vol. 108 nº 5)Cuttini, Marina et alt. (2006): *Patient refusal of emergency cesarean delivery: A study of obstetricians attitudes in Europe*, Obstetrics & Gynecology vol. 108 nº 5

de Lorenzo, Ricardo (2016): *El médico tiene potestad para forzar un parto aunque la madre no quiera*, Redacción Médica. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/derecho/el-medico-tiene-potestad-para-forzar-un-parto-aunque-la-madre-no-quiera-6959>

de Lorenzo, Ricardo (2016): *Intervención judicial ante riesgo de seguir con el embarazo*, Redacción Médica. Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/opinion/intervencion-judicial-ante-el-riesgo-de-seguir-con-el-embarazo-9673>

Diéguez Gómez, Antonio (1999): *Psiquiatría y género: el naciente discurso médico-psiquiátrico en España y el estado social de la mujer*, Actas del seminario internacional complutense

Dominguez Luelmo, Andrés (2003): *Derecho sanitario y responsabilidad médica*, Lex Nova

Dona Llum Associació Catalana per un Part Respectat (2015): *Part vaginal després de cessària*. Disponible en: <http://vullserinformada.donallum.org/part-vaginal-despres-de-cesaria/>

Dugan, Emily (2013): *The mother, the C-section baby and 'secret British court': a secrecy scandal – or the birth of a scare story?*, Independent. Disponible en: <http://www.independent.co.uk/news/uk/home-news/the-mother-the-c-section-baby-and-secret-british-court-a-secrecy-scandal-or-the-birth-of-a-scare-8986804.html>

Ehrenreich, Barbara y Deirdre English (2010): *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*, Madrid: Capitán Swing Libros

Ehrenreich, Barbara y Deirdre English (1988): *Brujas, comadronas y enfermeras*, La Sal edicions de les dones

Facchi, Alessandra (2005): *Pensamiento feminista sobre el Derecho*, Academia: Revista sobre enseñanza del Derecho de Buenos Aires

Facio Montejo, Alda (1992): *Cuando el género suena cambios trae (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*, Ilanud

Federici, Silvia (2010): *Calibán y la bruja*, Madrid: Traficantes de sueños

- Foucault, Michel (2015): *El nacimiento de la clínica*, Madrid: Editores siglo veintiuno, 3ª edición
- Francisca Fernández Guillén (2006): *Francisca Fernández Guillén*, El parto es Nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/quienes-somos/593>
- Fernández Guillén, Francisca (2014): *Las mujeres que no amaban a sus hijos (más que sus médicos)*, El Parto es nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/04/10/las-mujeres-que-no-amaban-sus-hijos-mas-que-sus-medicos>
- Fernández Guillén, Francisca (2015): *Oxitocina sintética: precauciones y alertas*, El parto es nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2015/01/22/oxitocina-sintetica-precauciones-y-alertas>
- Gómez, Alejandra (2006): *Politizando la salud y los derechos de las humanas*, Mujer y Salud nº 20
- Gómez, Lucía (2004): *Subjetivación y feminismo: análisis de un manifiesto político*, Athenea Digital, 5
- González-Torre, Ángel Pelayo y Moro Abadía, Óscar (2003): *Michel Foucault y el problema del género*, Doxa: Cuadernos de filosofía del Derecho
- Guzmán Brito, Alejandro (2002): *Los orígenes de la noción de sujeto de Derecho*, Revista estudios histórico-jurídicos
- Haraway, Donna J. (1991): *Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial*, en Ciencia cyborgs mujeres. La reinención de la naturaleza, Madrid: Cátedra Feminismos, pp. 313-346
- Huerta Rosas, Abigail (2008): *La construcción social de los sentimientos desde Pierre Bourdieu*, Iberofórum: Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana
- Igareda, Noelia y Bodelón, Encarna (2014): *Las violencias sexuales en las universidades: cuando lo que no se denuncia no existe*, Revista Española de Investigación Criminológica
- Iglesias Aparicio, Pilar (2003): *Mujer y salud: Las escuelas de medicina de mujeres de Londres y Edimburgo*, Universidad de Málaga, Facultad de Filosofía y Letras
- Jiménez Lucena, Isabel y Ruiz Somavilla, María José (1999): *La política de género y la psiquiatría española de principios del siglo XX*, Interacciones ciencia y género
- Kotaska, Andrew (2017): *Informed consent and refusal in obstetrics: A practical ethical guide*, Birth Issues in Perinatal Care
- Krerulff, Kristen H. et alt. (2017): *Labor induction and cesarean delivery: A prospective cohort study of first births in Pennsylvania, USA*, Birth Issues in Perinatal Care
- Lykke, Nina (2010): *Feminist Studies: A Guide to Intersectional Theory, Methodology and Writing*, Nueva York: Routledge
- MacDorman, Marian et alt. (2016): *Recent Increases in the US Maternal Mortality Rate:*

Disentangling Trends From Measurement Issues, Obstetrics & Gynecology Volume 128 Issue 3

MacKinnon, Catherine (1995): *Hacia una teoría feminista del Estado*, Universidad de Valencia

Marçal, Katrine (2016): *¿Quién le hacía la cena a Adam Smith?*, Debate, Barcelona: Penguin

Random House Grupo Editorial

Médicos del Mundo (2015): *Violencia obstétrica*. Disponible en: https://www.medicosdelmundo.org/index.php/mod.documentos/mem.descargar/fichero.documentos_7_Violencia_Obstetrica_17c9d835%232E%23pdf

Nodding, Ned (1984): *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*, University of California Press

Observatorio de la Violencia Obstétrica (2016): *Informe anual 2016*, El parto es nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2016/11/25/informe-anual-del-observatorio-de-la-violencia-obstetrica-2016>

Organización Mundial de la Salud (2014): *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

Preciado, Paul B. (2005): *Savoirs_Vampires@War*, Multitudes nº 20

Quelart, Raquel (2016): *Un hospital catalán recurre a la justicia para inducirle el parto a una embarazada*, La Vanguardia. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20160703/402900884728/embarazada-induccion-del-parto-hospital-forzada.html>

Rendueles Olmedo Guillermo (2007): *Las patronatas del manicomio de Ciempozuelos*, Estado de Wonderbra, España: La llevar-Virus

Saez Aldana, Fernando (2011): *Protocolo hospitalario: Manual de estilo*, Fundación del Hospital de Calahorra

Samuels, Terri-Ann et alt. (2007): *Obstetricians, health attorneys and court-ordered cesarean sections*, Women's Health Issues

Sandall Jane, Soltani Hora, Gates Simon, Shennan Andrew, Devane Declan. (2016): *Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women*, Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5

Sandoval Robayo, Mary Luz (2002): *Pierre Bourdieu y la teoría sobre la dominación masculina*, Revista Colombiana de Sociología

Sanz Mulas, Nieves (Coord.) (2012): *Relevancia jurídica del consentimiento informado en la práctica sanitaria: responsabilidades civiles y penales*, España: Editorial Comares

Valls Llobet, Carme (2010): *Prólogo en Deirdre, Barbara y English, Deirdre, Por tu propio bien:*

150 años de consejos expertos a mujeres, Madrid: Capitán Swing Libros

YiZhao *et alt.* (2017): *Intrapartum intervention rates and perinatal outcomes following induction of labour compared to expectant management at term from an Australian perinatal centre*, Antzog

Zabala, Begoña (2009): *El feminismo frente al Derecho*, Viento sur

Normativa citada

Convenio para la Eliminación de la Discriminación y la Violencia contra la Mujer (CEDAW) DE 1979 y Recomendación General 24 “Mujer y Salud”

Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa 1997 (Convenio de Oviedo)

Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01)

Carta Europea de Derechos del paciente 2002

Constitución Española 1978

Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica

Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias

Jurisprudencia citada

STEDH 29 abril 2002 Pretty vs. Reino Unido

STEDH 14 diciembre 2010 no. 67545/09 Ternovszy vs. Hungría

STEDH 26 mayo 2011 no. 27617/04 RR vs. Polonia

STEDH 9 octubre 2014 no. 37873/04 Konovalova vs. Rusia

STC 154/2002 de 18 julio

STC 37/2011 de 28 marzo

STS (Sala de lo Civil) 31 julio 1996

STS (Sala de lo Civil) 2 diciembre 1996

STS (Sala de lo Civil) 4 abril 2000

STS (Sala de lo Civil) 26 septiembre 2000

STS (Sala de lo Civil) 29 junio 2002

STS (Sala de lo Civil) 29 julio 2008

Health Service Executive vs. Ms B and Baby B [2016 No. 8730P] de 2 noviembre 2016 (Irlanda)

Fitzpatrick vs. FK [2009] 2 IR 7 (Irlanda)

ANEXO I. ENCUESTA MUJERES

Además del gráfico general proporcionado por la plataforma Google Forms donde pueden consultarse los resultados generales, he querido comparar algunas variables dependiendo de si quien atendía embarazo y/o parto era obstetra o matrona y del lugar de atención.

Si la mujer pidió información extra o mostró disconformidad con alguna prueba, ¿cuál fue la reacción del/la profesional?					
	Obstetra 141 (100%)	Matrona 142 (100%)	Hospital público 190 (100%)	Hospital privado 70 (100%)	Domicilio 16 (100%)
Buena	79 (56%)	71 (50%)	97 (51%)	41 (59%)	8 (50%)
Mala	32 (23%)	55 (39%)	61 (32%)	15 (21%)	8 (50%)*

*Respecto de todas las mujeres que han marcado esta opción en los comentarios hacen referencia a que el seguimiento se les estaba realizando en un centro médico. Por lo tanto esta mala reacción según lo que relatan no corresponde a la comadrona domiciliaria sino al sistema sanitario.

La mujer recibió con antelación información sobre distintas opciones de cara al parto.					
	Obstetra 141 (100%)	Matrona 142 (100%)	Hospital público 190 (100%)	Hospital privado 70 (100%)	Domicilio 16 (100%)
Sí	67 (48%)	92 (65%)	114 (60%)	29 (41%)	11 (69%)
No	74 (52%)	49 (35%)	76 (40%)	40 (57%)	5 (31%)

La mujer pudo manifestar sus creencias y voluntad respecto del parto.					
	Obstetra 141 (100%)	Matrona 142 (100%)	Hospital público 190 (100%)	Hospital privado 70 (100%)	Domicilio 16 (100%)
Sí	102 (72%)	114 (80%)	149 (78%)	45 (64%)	15 (94%)
No	38 (27%)	26 (18%)	40 (21%)	23 (33%)	1 (6%)

La/os profesionales respetaron el plan de parto de la mujer.					
	Obstetra 141 (100%)	Matrona 142 (100%)	Hospital público 190 (100%)	Hospital privado 70 (100%)	Domicilio 16 (100%)
Sí	43 (30%)	67 (47%)	78 (41%)	13 (19%)	13 (8%)*
No	46 (33%)	57 (40%)	75 (40%)	28 (40%)	0 (0%)

*Las otras tres participantes no hicieron plan de parto. Por lo tanto las 13 mujeres que presentaron plan les fue respetado (el 100%)

En caso de que la/os profesionales no respetaran el plan de parto, ¿explicaron las razones?					
	Obstetra 51 (100%)	Matrona 65 (100%)	Hospital público 88 (100%)	Hospital privado 27 (100%)	Domicilio 0 (0%)
Sí	20 (39%)	32 (49%)	44 (50%)	7 (25%)	0 (0%)
No	31 (61%)	33 (51%)	43 (49%)	20 (71%)	0 (0%)

Durante el parto la mujer supo en todo momento lo que estaba sucediendo.					
	Obstetra 141 (100%)	Matrona 142 (100%)	Hospital público 190 (100%)	Hospital privado 70 (100%)	Domicilio 16 (100%)
Sí	83 (59%)	94 (66%)	116 (61%)	38 (54%)	16 (100%)
No	56 (40%)	47 (33%)	72 (38%)	31 (44%)	0 (0%)

De las mujeres que afirmaron saber en todo momento qué sucedía en su parto, en la siguiente pregunta que desgana esta afirmación, han marcado por lo menos una de las siguientes tres opciones: No se le explicaron alternativas, tiene dudas sobre las intervenciones que se le realizaron, no la informaron ni solicitaron el consentimiento respecto de las intervenciones

	Obstetra 83 (100%)	Matrona 94 (100%)	Hospital público 116 (100%)	Hospital privado 38 (100%)	Domicilio 0 (0%)
Marca alguno de los ítems indicadores de falta de información y/o consentimiento	18 (22%)	15 (16%)	25 (22%)	14 (37%)	0 (0%)

Sintió tener capacidad de decisión durante el parto.					
	Obstetra 141 (100%)	Matrona 142 (100%)	Hospital público 190 (100%)	Hospital privado 70 (100%)	Domicilio 16 (100%)
Sí	69 (49%)	84 (59%)	104 (55)	25 (36%)	16 (100%)
No	70 (50%)	56 (39%)	83 (44%)	43 (61%)	0 (0%)

Las siguientes preguntas son referidas a la inducción al parto, intervención que a pesar de ser de alto riesgo por el tipo de medicamentos que se administran y las posibles complicaciones que arroja se realiza de forma prácticamente rutinaria en la mayoría de hospitales a partir de la semana 41⁵⁵ y sin que haya patología clínica.

Este apartado no aplica al ámbito domiciliario pues en él no tienen lugar inducciones al parto.

La mujer recibió una explicación de por qué necesitaba una inducción.					
	Obstetra 68 (100%)	Matrona 52 (100%)	Hospital público 84 (100%)	Hospital privado 35 (100%)	Domicilio
Sí	53 (78%)	39 (75%)	64 (76%)	27 (77%)	No aplica
No	15 (22%)	13 (25%)	20 (24%)	8 (29%)	No aplica

En caso de aceptar la inducción, la mujer recibió previamente una hoja informativa donde se relataban las posibles complicaciones.					
	Obstetra 68 (100%)	Matrona	Hospital público 84 (100%)	Hospital privado 35 (100%)	Domicilio
Sí	22 (32%)	16 (31%)	24 (29%)	15 (43%)	No aplica.
No	40 (59%)	13 (25%)	52 (62%)	19 (54%)	No aplica.

La siguiente pregunta la introduje como control para verificar que las hojas informativas o la información relatada verbalmente (aunque al tratarse de una intervención médica de riesgo la información y el consentimiento deberían ser por escrito) cumplen con los requisitos legales, es decir, también incluyen complicaciones infrecuentes. Vale decir que la falta de inicio o progresión del parto es de hecho una “compliación” relativamente frecuente en las inducciones y por ende suele suceder que el parto acabe en cesárea, otra intervención de alto riesgo en tanto cirugía abdominal mayor que multiplica el riesgo de muerte materna y neonatal.

Me explicaron la posibilidad de que la inducción no tuviera éxito y se me tuviera que realizar una cesárea.					
	Obstetra 68 (100%)	Matrona 52 (100%)	Hospital público 84 (100)	Hospital privado 35 (100%)	Domicilio
Sí	17 (25%)	10 (19%)	16 (19%)	11 (31%)	No aplica.
No	45 (66%)	37 (71%)	62 (74%)	20 (57%)	No aplica.

⁵⁵ Una gestación normal se considera a término entre la semana 37 y la 42. El grado de evidencia que justifica inducir en la semana 41 es bajo y son estudios realizados en lugares donde las mujeres viven muy alejadas de un hospital y donde las infraestructuras para desplazarse son malas, lo cual implica que no podrían realizarse controles de bienestar fetal regulares ni acudir en caso de señal de alarma al hospital.

ANEXO II. ENCUESTA A PROFESIONALES

A continuación presento esquemáticamente en forma de tablas una comparativa de respuestas.

Nota: Es importante para mí la idea de la autonomía y el consentimiento también a la hora de contestar la encuesta. En consecuencia he ofrecido la posibilidad de marcar en la misma pregunta varias respuestas o dejar una o varias sin contestar. Es por ello que en ocasiones la suma del total de las respuestas no es el 100%, cada respuesta indica cuántas personas y en qué porcentaje la han seleccionado pero no existe una limitación de las respuestas totales de una pregunta en conjunto.

Territorio		
	Cataluña	España
Comadronas 50 (100%)	28 (56%)	32 (44%)
Obstetras 4 (100%)	4 (100%)	0 (0%)
Pediatras 52 (100%)	16 (31%)	36 (69%)
Anestesistas 4 (100%)	4 (100%)	0 (0%)

Lugar de trabajo				
	Hospital público	Hospital privado	Ámbito domiciliario	Otros
Comadronas 50 (100%)	37 (74%)	3 (6%)	11 (22%)	1 (2%)*
Obstetras 4 (100%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Pediatras 52 (100%)	44 (85%)	8 (15%)	0 (0%)	0 (0%)
Anestesistas 4 (100%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

¿Quién toma las decisiones?						
	Durante el embarazo			Durante el parto		
	Profesional	Mujer	Conjuntamente	Profesional sin hacer partícipe a mujer	Mujer	Profesional haciendo partícipe a mujer
Comadronas global 50 (100%)	16 (32%)	20 (40%)	25 (50%)	5 (10%)	35 (70%)	19 (38%)
Comadronas hospital 41 (100%)	16 (39%)	15 (37%)	24 (59%)	5 (12%)	24 (58,54%)	17 (41%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	0 (0%)	6 (54%)	6 (54%)	0 (0%)	11 (100%)	0 (0%)
Obstetras 4 (100%)	1 (25%)	0 (0%)	3 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)
Pediatras 52 (100%)	11 (21%)	5 (10%)	38 (73%)	2 (4%)	13 (25%)	37 (71%)
Anestesistas 4 (100%)	2 (50%)	0 (0%)	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	3 (75%)

Sexo		
	Mujer	Hombre
Comadronas 50 (100%)	47 (94%)	3 (6%)
Obstetras 4 (100%)	2 (50%)	2 (50%)
Pediatras 52 (100%)	39 (75%)	13 (25%)
Anestesistas 4 (100%)	2 (50%)	2 (50%)

La mujer decide salvo que haya riesgo.		
	Correcto	Incorrecto
Comadronas global 50 (100%)	22 (44%)	28 (56%)
Comadronas hospital 41 (100%)	19 (46%)	22 (54%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	3 (27%)	8 (73%)
Obstetras 4 (100%)	1 (25%)	3 (75%)
Pediatras 52 (100%)	35 (67%)	15 (29%)
Anestesisistas 4 (100%)	3 (75%)	1 (25%)

En caso de urgencia, ¿quién decide? *				
	La mujer está consciente		La mujer está inconsciente	
	Profesional	Mujer	Profesional	Allegados
Comadronas global 50 (100%)	15 (30%)	30 (60%)	19 (38%)	22 (44%)
Comadronas hospital 41 (100%)	22 (54%)	14 (34%)	15 (37%)	16 (39%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	2 (18%)	8 (72%)	3 (27%)	6 (55%)
Obstetras 4 (100%)	0 (0%)	4 (100%)	3 (75%)	1 (25%)
Pediatras 52 (100%)	15 (29%)	24 (46%)	26 (50%)	19 (37%)
Anestesisistas 4 (100%)	1 (25%)	2 (50%)	3 (75%)	1 (25%)

* Hablamos de urgencia excluyendo las emergencias totales sin margen de maniobra ni explicativo, circunstancia que se explicita en el cuestionario.

¿El derecho de autonomía incluye el derecho a rechazar intervenciones propuestas?		
	Sí	No
Comadronas global 50 (100%)	49 (98%)	1 (2%)*
Obstetras 4 (100%)	4 (100%)	0 (0%)
Pediatras 52 (100%)	51 (98%)	0 (0%)
Anestesisistas 4 (100%)	4 (100%)	0 (0%)

*La única comadrona (y de hecho la única de la totalidad de participantes) que ha respondido en negativo trabaja en el ámbito hospitalario y se encuentra en la franja de edad 51-60 años.

En caso de que la mujer rechace una intervención, ¿cuál es la manera de proceder por parte del /de la profesional?						
	Explicar y hacer entrar en razón	Ofrecer información	Mostrar autoridad	Rechazar continuar con el seguimiento	Acudir a autoridades judiciales	Firmar hoja de rechazo
Comadronas global 50 (100%)	2 (4%)	46 (92%)	1 (2%)	3 (4%)	4 (8%)	27 (54%)
Comadronas hospital 41 (100%)	2 (5%)	36 (88%)	1 (2%)	2 (5%)	4 (10%)	21 (51%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	0 (0%)	10 (91%)	0 (0%)	1 (9%)	0 (0%)	6 (55%)
Obstetras 4 (100%)	1 (25%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)*	0 (0%)
Pediatras 52 (100%)	4 (8%)	46 (88%)	0 (0%)	1 (2%)	8 (15%)	21 (40%)
Anestesisistas 4	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)

(100%)						
--------	--	--	--	--	--	--

* Obstetra en rango edad 51-60

Si la mujer rechaza la intervención que le propone el/la profesional, ¿qué voluntad prevalece?		
	Profesional	Mujer
Comadronas global 50 (100%)	12 (24%)	38 (76%)
Comadronas hospital 41 (100%)	11 (27%)	30 (74%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	1 (9%)	10 (90%)
Obstetras 4 (100%)	0 (0%)	4 (100%)
Pediatras 52 (100%)	12 (23%)	38 (73%)
Anestesisistas 4 (100%)	0 (100%)	4 (100%)

En caso de desacuerdo respecto de la forma de proceder entre la mujer y el/la profesional, ¿qué está sucediendo?			
	La mujer está poniendo en peligro a su bebé	La mujer lleva a cabo malos tratos perinatales	Existe una discrepancia respecto de la mejor forma de cuidar al/la bebé
Comadronas global 50 (100%)	3 (6%)	0 (0%)	49 (98%)
Obstetras 4 (100%)	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)
Pediatras 52 (100%)	10 (19%)	2 (4%)*	44 (85%)
Anestesisistas 4 (100%)	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)

*las mismas dos personas que han contestado que se producen malos tratos perinatales han contestado que el feto cumple los requisitos para ser considerado menor en una de las preguntas posteriores.

En caso de peligro, el/la profesional puede intervenir aunque la madre se niegue de forma expresa.		
	Sí	No
Comadronas global 50 (100%)	35 (70%)	13 (26%)
Comadronas hospital 41 (100%)	11 (27%)	28 (68%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	2 (18%)	9 (82%)
Obstetras 4 (100%)	1 (25%)	3 (75%)
Pediatras 52 (100%)	31 (60%)	19 (37%)
Anestesisistas 4 (100%)	1 (25%)	3 (75%)

Requisitos para obtener el consentimiento.						
	Dar información	Riesgos y beneficios generales	Riesgos y beneficios (también los infrecuentes)	No ofrecer alternativas	Ofrecer alternativas si lo solicita la mujer	Intervenciones más gravosas por escrito
Comadronas global 50 (100%)	45 (90%)	7 (14%)	40 (80%)	0 (0%)	0 (0%)	34 (68%)
Comadronas hospital 41 (100%)	35 (85%)	6 (15%)	31 /76%)	0 (0%)	0 (0%)	26 (63%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	10 (91%)	1 (9%)	9 (82%)	0 (0%)	0 (0%)	8 /73%)
Obstetras 4 (100%)	3 (75%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)
Pediatras 52 (100%)	46 (88%)	9 (17%)	43 (83%)	0 (0%)	1 (2%)	36 (69%)
Anestesisistas 4 (100%)	4 (100%)	2 (50%)	3 (75%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (50%)

Durante la gestación, el bebé cumple los requisitos para ser considerado legalmente un menor.		
	Sí	No
Comadronas global 50 (100%)	23 (46%)	25 (50%)
Comadronas hospital 41 (100%)	6 (55%)	5 (45%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	19 (46%)	20 (49%)
Obstetras 4 (100%)	2 (50%)	1 (25%)
Pediatras 52 (100%)	29 (56%)	23 (44%)
Anestesistas 4 (100%)	3 (75%)	1 (25%)

Qué bienestar es más importante: ¿el de la madre o de el/la bebé?			
	Madre	Bebé	Ambos
Comadronas global 50 (100%)	5 (10%)	0 (0%)	42 (84%)
Comadronas hospital 41 (100%)	5 (12%)	0 (0%)	33 (80%)
Comadronas domicilio 11 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	11 (100%)
Obstetras 4 (100%)	2 (50%)	0 (0%)	2 (50%)
Pediatras 52 (100%)	3 (6%)	0 (0%)	49 (94%)
Anestesistas 4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)